

*Strategia sektorowa w zakresie ochrony zdrowia
Województwa Zachodniopomorskiego*

Szczecin, wrzesień 2001 rok

I. WPROWADZENIE

1.1 Podstawy prawne opracowania „Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego”

Sejmik Województwa Zachodniopomorskiego, uchwałą z dnia 23 października 2000 roku przyjął „Strategię Rozwoju Województwa Zachodniopomorskiego do roku 2015”, która jest dokumentem określającym zasadnicze kierunki oraz metody działania pozwalające na zwiększenie tempa rozwoju województwa, określającym politykę rozwoju regionalnego oraz działania na rzecz społeczności województwa.

Uchwała ta obliguje też do opracowania sektorowej strategii rozwoju województwa w zakresie ochrony zdrowia.

Nadrzędnym celem, przyświecającym autorom niniejszego dokumentu i formułowania priorytetowych zadań, jest poprawa stanu zdrowia populacji Województwa Zachodniopomorskiego.

Podjęcie działań określonych w Strategii Województwa Zachodniopomorskiego w zakresie ochrony zdrowia koncentruje się na zahamowaniu wzrostu śmiertelności ludności z powodu chorób, a zwłaszcza chorób układu krążenia, nowotworów, urazów, zatruc, zaburzeń psychicznych. Istotne znaczenie ma ograniczenie śmiertelności okołoporodowej i zmniejszenie liczby noworodków o niskiej masie urodzeniowej.

Zadania Województwa Zachodniopomorskiego w zakresie ochrony zdrowia oparte są na „Strategii Rozwoju Województwa Zachodniopomorskiego do roku 2015” oraz założeniach zawartych w „Harmonogramie realizacji Narodowego Programu Zdrowia na lata 1996-2005”

Podstawy prawne:

1. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa art. 11, ust. 1 i 2 oraz art. 14, ust. 1, pkt. 2.

2. Uchwała Nr XVI/147/2000 Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego z dnia 23 października 2000 roku w sprawie uchwalenia Strategii Rozwoju Województwa Zachodniopomorskiego do roku 2015.

Strategia Rozwoju Województwa Zachodniopomorskiego do roku 2015 formułuje:

„Misją województwa zachodniopomorskiego jest stwarzanie warunków do osiągnięcia zrównoważonego i trwałego rozwoju zgodnego ze standardami Unii Europejskiej poprzez optymalne wykorzystanie wszystkich dostępnych walorów województwa oraz wynegocjowanych przez Polskę warunków akcesji”.

W strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia misja ta brzmi:

„Misją województwa zachodniopomorskiego jest stwarzanie warunków do osiągnięcia zrównoważonego i trwałego rozwoju m.in. przez podniesienie jakości życia w regionie tzn. stworzenie spójnego systemu realizacji zadań ochrony zdrowia i bezpieczeństwa zdrowotnego”.

Nakłada to na Samorząd Województwa obowiązek wdrożenia **celu strategicznego:**
„Podniesienie jakości życia w regionie”

Celem pośrednim w jego realizacji jest:

„Stworzenie spójnego systemu realizacji zadań ochrony zdrowia i bezpieczeństwa zdrowotnego”.

Powyższy cel staje się **celem strategicznym** w „Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia”.

Cele operacyjne zaś ze „Strategii Województwa” ustanowiono w niniejszym dokumencie **zadaniami strategicznymi**.

Cel pośredni w „Strategii Województwa” Cel strategiczny w „Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia”.	Cele operacyjne w „Strategii Województwa” Zadania strategiczne w „Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia”.
Stworzenie spójnego systemu realizacji zadań ochrony zdrowia i bezpieczeństwa zdrowotnego	1. Wypracowanie optymalnego modelu ochrony zdrowia i koordynacja działań w tym zakresie
	2. Zapewnienie wysokiej jakości opieki medycznej w dziedzinie całodobowej podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznej opieki ambulatoryjnej i opieki stacjonarnej
	3. Reorganizacja ratownictwa medycznego
	4. Stworzenie systemu rozwoju promocji zdrowia i profilaktyki
	5. Podnoszenie poziomu wykształcenia personelu medycznego
	6. Przekształcenia własnościowe zakładów opieki zdrowotnej
	7. Właściwe zabezpieczenie sanitarno-epidemiologiczne województwa

Realizacja spójnego systemu ochrony zdrowia w nowym modelu wymaga określenia obowiązków i zakresu kompetencji w strukturze jej organizacji, na poszczególnych szczeblach samorządowych.

I tak, do zadań samorządu województwa z zakresu ochrony zdrowia należeć winna realizacja regionalnej polityki zdrowotnej na obszarze województwa, w tym w szczególności:

1. Ustalenie regionalnej sieci szpitali,
2. Poprawianie warunków dostępu do leczenia szpitalnego,
3. Stwarzanie warunków dostępu do wysokospecjalistycznego leczenia ambulatoryjnego,
4. Uchwalanie planu zabezpieczenia specjalistycznego leczenia ambulatoryjnego na obszarze województwa,
5. Planowanie polityki kształcenia w zawodach w ochronie zdrowia,
6. Inicjowanie i prowadzenie działań związanych z promocją zdrowia,
7. Współdziałanie z innymi podmiotami działającymi na rzecz ochrony zdrowia na obszarze województwa,

Ponad to, do zadań Samorządu Województwa należy zapewnienie wykonywania usług medycznych osobom nie objętym powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym przebywającym w domach pomocy społecznej prowadzonych przez samorząd województwa. W tej grupie mieści się także, realizacja innych zadań samorządu województwa wynikających z obowiązujących ustaw i odrębnych przepisów.

Powiatom przypisuje się następujące zadania z zakresu ochrony zdrowia:

1. Określanie lokalnych zadań i priorytetów w ochronie zdrowia,
2. Stwarzanie warunków dostępu do świadczeń specjalistycznego leczenia ambulatoryjnego wg lokalnych potrzeb przez sporządzanie przez samorządy planów zabezpieczenia opieki ambulatoryjnej,
3. Zapewnienie dostępu do transportu medycznego i sanitarnego,
4. Zapewnienie organizacji obowiązkowych szczepień ochronnych,
5. Prowadzenie działań związanych z promocją zdrowia, które mogłyby być realizowane również w ramach powiatowego centrum pomocy rodzinie,
6. Zapewnienie finansowania usług medycznych osobom nie objętym powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, przebywających w domach pomocy społecznej prowadzonych przez powiat,
7. Zapewnienie usług z zakresu medycyny szkolnej w prowadzonych szkołach,

8. Oświata zdrowotna i wychowanie w warunkach sprzyjających zachowaniom prozdrowotnym w ramach prowadzonych szkół i placówek szkolno-wychowawczych.

Do zadań gminy z zakresu ochrony zdrowia należeć będzie:

1. Stwarzanie warunków do całodobowego dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej z zakresu medycyny rodzinnej, usług pielęgniarских, w tym usługi wykonywane przez pielęgniarki środowiskowe, położne środowiskowe i pielęgniarki praktyki oraz odpowiednich badań diagnostycznych,
2. Zapewnienie usług z zakresu higieny w prowadzonych szkołach, przedszkolach i żłobkach,
3. Oświata zdrowotna i wychowanie w warunkach sprzyjających zachowaniom prozdrowotnym.
4. Organizowanie i wspieranie działań profilaktycznych i promujących zdrowie.
5. Inne zadania z zakresu ochrony zdrowia o znaczeniu lokalnym.

Aby program strategii był wzorcem i kierunkowskazem działania na najbliższe lata dla organów prowadzących, musi być jasny, czytelny oraz zawierać wizję utrzymania służby zdrowia w taki sposób, by miała możliwości oraz perspektywy rozwoju zgodnie ze światowymi wzorcami. Można to osiągnąć poprzez odpowiednią politykę państwa, województwa, powiatu czy gminy. To polityczne zaangażowanie elit władzy w rozwoju lokalnej służby zdrowia musi zmierzać w kierunkach:

- 1 Budowania lokalnej polityki zdrowotnej,
- 2 Oddziaływania na te rynki, które mają wpływ na kształtowanie stanu zdrowia ludzi,
3. Zapewnienie szerokiego dostępu do specjalistycznych usług lekarskich wszystkim środowiskom ze szczególnym uwzględnieniem środowisk wiejskich,
4. Wprowadzenie jasnego i czytelnego rejestru osób uprawnionych do korzystania z bezpłatnych usług zdrowotnych,
5. Wprowadzenie standardów postępowania medycznego,
6. Zniesienie limitowania usług medycznych,
7. Uporządkowanie procesów przemian zachodzących w ochronie zdrowia,
8. Ustalenie kierunków przekształceń i reformy samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej,
9. Ustalenie sieci jednostek leczenia stacjonarnego.

1.2 Przedmiot i zadania „Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego”

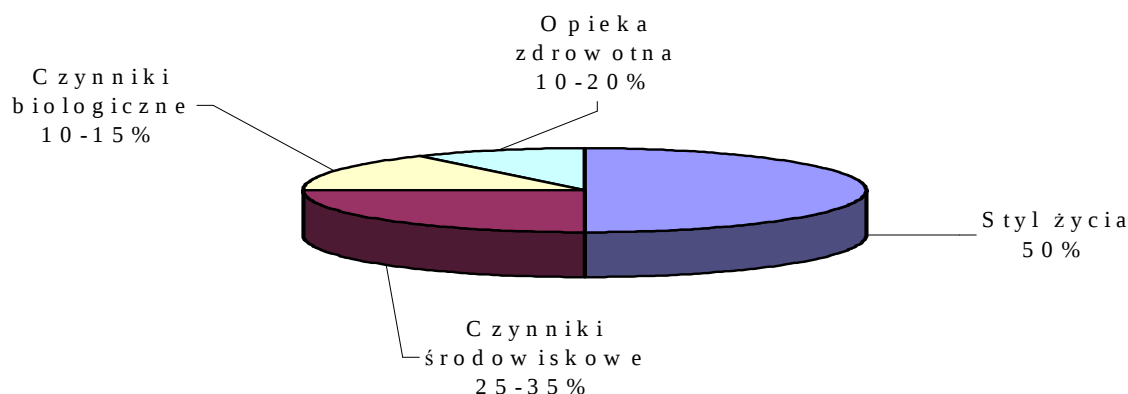
Aktualne odczucie społeczne o pogorszeniu dostępności do świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, procedur specjalistycznych oraz powszechna krytyka funkcjonowania ochrony zdrowia w nowym, zreformowanym modelu nakłada obowiązek na samorządy wszystkich szczebli dokonywania zmian i korekt w tej sferze życia społecznego.

Należy podkreślić, że stan zdrowotności społeczeństwa zawsze bezpośrednio przekłada się na jego sytuację socjo-ekonomiczną i ogólny rozwój cywilizacyjny. Dlatego też tak istotną sprawą jest podniesienie stopnia dostępności i jakości opieki zdrowotnej, co za tym idzie - potencjału zdrowotnego mieszkańców województwa.

Stan zdrowotności wg Raportu Lalonda zależny jest w 50 % od stylu życia, czynników środowiskowych w 25-35%, czynników biologicznych w 10-15% a od **opieki zdrowotnej w 10-20%** jednakże to system opieki zdrowotnej, stan jej zorganizowania,

dostępność i stopień zabezpieczenia wywołuje największe kontrowersje społeczne oraz pochłania największe koszty.

Wykres Nr 1 Raport Lalonda



Zgodnie z intencją reformatorów ochrony zdrowia, dostęp do świadczeń medycznych winien być równy i powszechny oraz zgodny z najnowszymi osiągnięciami współczesnej medycyny.

Nie ma odwrotu od reformy, ale konieczna jest poprawa efektywności ekonomicznej, organizacji oraz zaspokojenie oczekiwań społecznych.

Dlatego też, należy m.in. poszukiwać tańszych, ale jednocześnie porównywalnych i skutecznych metod alternatywnych zastępujących tradycyjne metody leczenia.

Zagadnienia jakości świadczeń oraz ich dostępności wobec zaistniałych zmian w systemie ochrony zdrowia stanowią o pilnej potrzebie potraktowania problemu reorganizacji spraw zdrowia z należytą uwagą przez wszystkich uczestników: menadżerów, dyrektorów zakładów opieki zdrowotnej, kasy chorych, stowarzyszeń pozarządowych oraz samorządów terytorialnych.

„Jakość” usług medycznych to zaspokojenie lub przekroczenie oczekiwań pacjenta, spełnienie standardów i stopień osiągania (realizacji) założonych celów.

1. Z punktu widzenia zadań klinicznych „jakość” to: stopień w jakim proces opieki podwyższa prawdopodobieństwo uzyskania pomyślnego wyniku zdrowotnego u pacjenta,
2. Ze strony pacjenta: stopień zaspokojenia potrzeb i wyniku klinicznym (poprawa samopoczucia) także w sferze wygód, komunikacji z personelem i otoczeniem,
3. „Jakość” to również stopień dostępności do świadczeń dla mieszkańców a udzielane świadczenia zdrowotne - godne zaufania.

Czynniki wpływające na realizację polityki jakości w ochronie zdrowia:

1. System organizacji ochrony zdrowia
2. System wynagradzania
3. Struktura organizacyjna placówek służby zdrowia
4. Formy i rozległość praktyk lekarskich, pielęgniarских
5. Prestiż pracowników służby zdrowia
6. System szkolenia
7. Organizacje związkowe i samorządowe pracowników ochrony zdrowia

Doskonalenie opieki zdrowotnej polegać powinno na: rozpoznawaniu barier, przygotowaniu planu poprawy sytuacji, wdrożeniu planu i monitorowaniu ew. korygowaniu realizacji planu.

Reforma w ochronie zdrowia wprowadzona z dniem 1 stycznia 1999 r. założyła stworzenie zupełnie nowych uwarunkowań dotyczących wszystkich problemów w tej dziedzinie. Założyła głębokie zmiany w zakresie spraw organizacyjnych, zarządzania, finansowania, sprawowania opieki medycznej oraz szkolenia. Tak duży zakres zmian został wprowadzony bez dostatecznego przygotowania organizacyjnego, legislacyjnego, jak też bez zabezpieczenia w systemie dostatecznych środków finansowych na jej wdrożenie i kontynuację. Problem ten odczuwany jest na wszystkich szczeblach zarządzania.

Głównymi założeniami reformy były następujące aspekty:

1. Decentralizacja zarządzania placówkami ochrony zdrowia,
2. Oddzielenie płatnika od świadczeniodawcy usług medycznych,
3. Udział samorządów terytorialnych w kształtowaniu polityki zdrowotnej oraz potrzeba współpracy w tym zakresie,
4. Mechanizmy rynkowe i pararynkowe w finansowaniu świadczeń medycznych.

Reforma administracyjna kraju oparta na trójstopniowym systemie podziału terytorialnego spowodowała ustawowe przypisanie wielu zadań poszczególnym samorządom. Założenia reformy administracyjnej kraju jak i ochrony zdrowia wprowadzają pojęcie, że **rzeczywistym gospodarzem na swoim terenie jest właściwy samorząd terytorialny**. Jednakże akty prawne dotyczące zadań samorządów nie określiły wyraźnie, jakie zadania, w jakim zakresie i o jakim standardzie winny zabezpieczać samorządy.

Zwrócić uwagę należy na istotny fakt obecności na rynku usług medycznych wielu niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, które powstają narastająco. W końcu 2000 roku w województwie zachodniopomorskim liczba ich wynosiła 585. Jest to ogromna liczba podmiotów świadczących usługi medyczne, których działalność nie jest kontrolowana lub kontrolowana jest w stopniu niedostatecznym.

Zgodnie z zatwierdzonym przez Ministerstwo Zdrowia „Programem Restrukturyzacji w Ochronie Zdrowia w roku 2001, kontynuacja Programu z roku 1999 i 2000” – opracowany został Regionalny Program Restrukturyzacji dla naszego województwa. I tak realizując ten program, przekazane zostały środki na restrukturyzację zatrudnienia (odprawy i odszkodowania dla zwalnianych pracowników), zmiany organizacyjne w restrukturyzujących się jednostkach oraz zakupy inwestycyjne i modernizacje.

Obowiązkiem samorządu województwa jest wykonywanie zadań wynikających z ustawy o samorządzie województwa z dnia 5 czerwca 1998 r o charakterze wojewódzkim, m. in. w zakresie promocji zdrowia. Brak jest jednak jednoznacznego określenia zakresu tych zadań jak i zabezpieczenia dostatecznych środków na ich realizację.

Pewne jednak jest, że zadanie to winno być realizowane w ścisłym związku z Narodowym Programem Zdrowia i obejmować szereg problemów zdrowotnych specyficznie dotyczących nasze społeczeństwo wobec, których niezbędne jest pilne podjęcie rozstrzygnięć zmierzających do wyeliminowania bądź zminimalizowania negatywnych skutków zdrowotnych.

W kontekście prognozowanego rozwoju ochrony zdrowia na podstawie dostępnych już szacunków demograficznych i epidemiologicznych za niezbędne należy uznać opracowanie potrzeb kadrowych fachowego personelu służby zdrowia oraz systemu jego kształcenia i nadzoru merytorycznego.

Zadaniem w tym zakresie jest rozwój ciągłego kształcenia podyplomowego oraz kształcenia pielęgniarek i położnych na poziomie szkół wyższych, a także utworzenie w województwie innych kierunków kształcenia wyższego pracowników medycznych grup zawodowych.

Zachodniopomorski Wojewódzki Inspektor Sanitarny w „Ocenie stanu sanitarnego obiektów służby zdrowia za rok 2000” informuje, że nadzorem Inspekcji Sanitarnej w roku sprawozdawczym objęto 35 szpitali.

W wyniku tych kontroli stwierdzono, że większość z nich wymaga, w różnym zakresie, przeprowadzenia remontów i modernizacji. Polepszanie funkcjonalności newralgicznych punktów szpitali, jak izby przyjęć, bloki operacyjne, sterylizatornie, ma celu zapewnienie właściwego stanu sanitarnego w placówkach. Jest to także realizacja obowiązujących zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 września 1992 roku w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej a w konsekwencji podnoszenie standardów świadczeń usług medycznych.

Niestety, w wielu szpitalach, mimo przeprowadzanych modernizacji i remontów niemożliwe jest uzyskanie dostatecznej poprawy w tym zakresie z uwagi na ograniczoną powierzchnię lokalową zajmowaną przez poszczególne jednostki organizacyjne.

Inspektor Sanitarny, sprawujący również nadzór nad środowiskiem pracy, ocenia także warunki pracy pracowników ochrony zdrowia:

1. Personelu medycznego narażonego na substancje chemiczne i czynniki fizyczne,
2. Personelu technicznego zatrudnionego w laboratoriach narażonego na substancje chemiczne i czynniki fizyczne,
3. Personelu pomocniczego zatrudnionego w kuchniach, pralniach, kotłowniach narażonego na wilgotność, niedoświetlenie stanowisk, hałas.

Szczególnym zagrożeniem w środowisku pracy pracowników służby zdrowia są czynniki o działaniu rakotwórczym.

Sytuacja w zakresie stanu technicznego ambulatoryjnych placówek służby zdrowia również nie uległa znacznej poprawie w porównaniu z latami ubiegłymi. Nadal liczba remontów jest zbyt mała w stosunku do potrzeb i dalszym ciągu następuje pogorszenie stanu technicznego.

Środki finansowe na dostosowanie techniczne i sanitarno-epidemiologiczne zakładów opieki zdrowotnej winny zabezpieczać samorządy terytorialne wszystkich szczebli będące organami tworzącymi dla tychże zakładów.

Jednak ilość obecnie posiadanych środków finansowych przeznaczonych przez samorządy terytorialne, jest nadal niewystarczająca. Stan ten jest wynikiem niskiego budżetu tych samorządów w stosunku do wszystkich przyjętych zadań.

1.3 Podstawy informacyjne i metodyka opracowania

Prace nad przygotowaniem strategii rozwoju województwa w zakresie ochrony zdrowia rozpoczęły się z początkiem 1999 roku.

Opracowanie strategii wymagało przeprowadzenia analizy stanu ochrony zdrowia w województwie w aspekcie organizacji opieki zdrowotnej i dostępności do usług medycznych oraz analizy demograficznej i epidemiologicznej regionu.

Ważną rekomendację dla tworzenia strategii stanowiły zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia oraz cele operacyjne Narodowego Programu Zdrowia na lata 1996 – 2005.

Opracowanie niniejsze jest efektem prac wielu zespołów roboczych i zespołów eksperckich powołanych do diagnozy sytuacji w poszczególnych dziedzinach ochrony zdrowia oraz wytyczenia głównych priorytetów rozwojowych opieki zdrowotnej województwa zachodniopomorskiego. Dyskusje opierały się na analizie zasobów ochrony zdrowia i identyfikacji słabych i mocnych stron funkcjonowania systemu oraz wskazaniu szans pozwalających na wprowadzenie rozwiązań umożliwiających wzrost jakości opieki zdrowotnej i uporządkowanie całego systemu.

Podjęto proces szerokich konsultacji społecznych zmierzających do określenia uwarunkowań, szans, zagrożeń i potencjalnych kierunków rozwoju ochrony zdrowia. Przy pomocy specjalnie opracowanych ankiet został zebrany bogaty materiał źródłowy opisujący stan aktualny, potrzeby i zamierzenia poszczególnych gmin województwa.

Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego zwrócił się również do konsultantów wojewódzkich z prośbą o określenie priorytetowych zadań

i przedsięwzięć niezbędnych do uzyskania jak najlepszego efektu rozwoju w poszczególnych dziedzinach medycyny.

W I etapie został powołany 28-osobowy zespół do opracowania podstawowych materiałów do strategii ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego pod przewodnictwem dyrektora Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego.

W skład zespołu weszli: dyrektor Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia, dyrektorzy zakładów opieki zdrowotnej: wojewódzkich, powiatowych, klinicznych i resortowych, przedstawiciele Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego, samorządów powiatowych oraz Pomorskiej Akademii Medycznej.

Zespół pracował w następujących grupach tematycznych:

1. Podstawowa opieka zdrowotna,
2. Lecznictwo szpitalne,
3. Lecznictwo specjalistyczne ambulatoryjne,
4. Pomoc doraźna i ratownictwo,
5. Rozwój bazy materialnej i inwestycji w ochronie zdrowia.

W II etapie Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego powołał 20-osobowy zespół ekspertów. Członkowie zespołu stanowili szeroką reprezentację Pomorskiej Akademii Medycznej, Uniwersytetu Szczecińskiego, Zachodniopomorskiej Szkoły Biznesu, dyrektorów zakładów opieki zdrowotnej, samorządów powiatowych, i Izby Lekarskiej.

Odbyło się szereg spotkań panelowych zespołu eksperckiego prowadzonych przez przedstawiciela Zachodniopomorskiej Szkoły Biznesu. Zapraszani byli również członkowie Komisji Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego.

Raporty z posiedzeń zespołu stanowiły podstawę do zaproponowania dalszych działań w opracowywaniu strategii rozwoju ochrony zdrowia województwa.

W III etapie zostały powołane cztery zespoły robocze, łącznie 14 osób, do zredagowania celów i zadań strategii rozwoju województwa w zakresie ochrony zdrowia w oparciu o dotychczas opracowane materiały.

Efektem rozważań i prac zespołów roboczych i eksperckich było opracowanie założeń do strategii rozwoju ochrony zdrowia w województwie, na bazie których została sformułowana misja strategii i propozycje celów strategicznych, celów operacyjnych i zadań.

W IV etapie w pierwszym kwartale 2000 r. w wyniku konkursu ofert została zaangażowana do prac nad strategią rozwoju województwa zachodniopomorskiego Fundacja na Rzecz Uniwersytetu Szczecińskiego. Opracowanie strategii w zakresie ochrony zdrowia podjął zespół pod kierownictwem profesora Pomorskiej Akademii Medycznej.

W skład zespołu weszło 15 osób, wśród nich między innymi przedstawiciele: Pomorskiej Akademii Medycznej, Uniwersytetu Szczecińskiego, Zachodniopomorskiej Regionalnej Kasy Chorych, związków pracodawców, lekarzy rodzinnych, samorządów lokalnych i zawodowych oraz dyrektorzy zakładów opieki zdrowotnej.

Zadaniem zespołu było opracowanie wariantowych scenariuszy rozwoju województwa w zakresie ochrony zdrowia. Przedstawiony materiał w dużej mierze był potwierdzeniem dotychczas sprecyzowanych celów i kierunków działania.

Treści zawarte w wariantowych scenariuszach rozwoju województwa w zakresie ochrony zdrowia zostały wykorzystane do opracowania niniejszej strategii sektorowej, a cele strategiczne i operacyjne znalazły się w ogólnej „Strategii rozwoju Województwa Zachodniopomorskiego do roku 2015”.

Ustalono, że wdrażanie strategii będzie oceniane przez Sejmik Województwa Zachodniopomorskiego raz w roku.

Wszystkie dotychczas opracowywane materiały dotyczące rozwoju ochrony zdrowia w Województwie Zachodniopomorskim stanowiły podstawę do powstania

„Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego”

II. CZĘŚĆ DIAGNOSTYCZNA

1. Dane demograficzne

Prognozy dotyczące sytuacji demograficznej w województwie zachodniopomorskim mają istotne znaczenie dla organizatorów ochrony zdrowia w kreowaniu polityki zdrowotnej regionu.

Liczba mieszkańców województwa zachodniopomorskiego wynosi - wg stanu na dzień 31 grudnia 2000 r. - **1 733 848**.

Tempo wzrostu liczby ludności województwa zachodniopomorskiego nie jest duże a liczba urodzeń systematycznie spada. Stan ten jest wynikiem malejącego przyrostu naturalnego, którego nie rekompensuje saldo migracji zewnętrznej. Jednakże w stosunku do reszty kraju, w naszym województwie mamy nadal relatywnie młodszą ludność, niższy odsetek grupy poprodukcyjnej, a wyższy grupy produkcyjnej.

Niepokojącym zjawiskiem jednak jest spadek liczby urodzeń przy wzrastającej liczbie kobiet w wieku rozrodczym. W dalszej perspektywie grozi to starzeniem się społeczeństwa i bezwzględny spadek jego liczebności.

Prognozy demograficzne wskazują na niewielką tendencję wzrostową liczby ludności naszego województwa do ok. roku 2018, później liczba ludności zacznie spadać.

Przemiany w strukturze wieku mieszkańców województwa zachodniopomorskiego do roku 2015 uwidoczną spadek liczby dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, oznaczać to będzie konieczność ograniczania liczby łóżek w oddziałach położniczych, pediatrycznych. Prognozuje się jednocześnie wzrost liczby ludności w wieku produkcyjnym oraz wzrost liczby grupy poprodukcyjnej. Wiek emerytalny osiągną roczniki wyżu demograficznego z lat 50-tych co oznaczać będzie konieczność rozszerzania usług medycznych z zakresu geriatry, opieki długoterminowej dla przewlekle chorych i dostosowanie jej zakresu do potrzeb populacji w starszej grupie wiekowej.

LUDNOŚĆ WEDŁUG PŁCI I WIEKU W 1999 R.

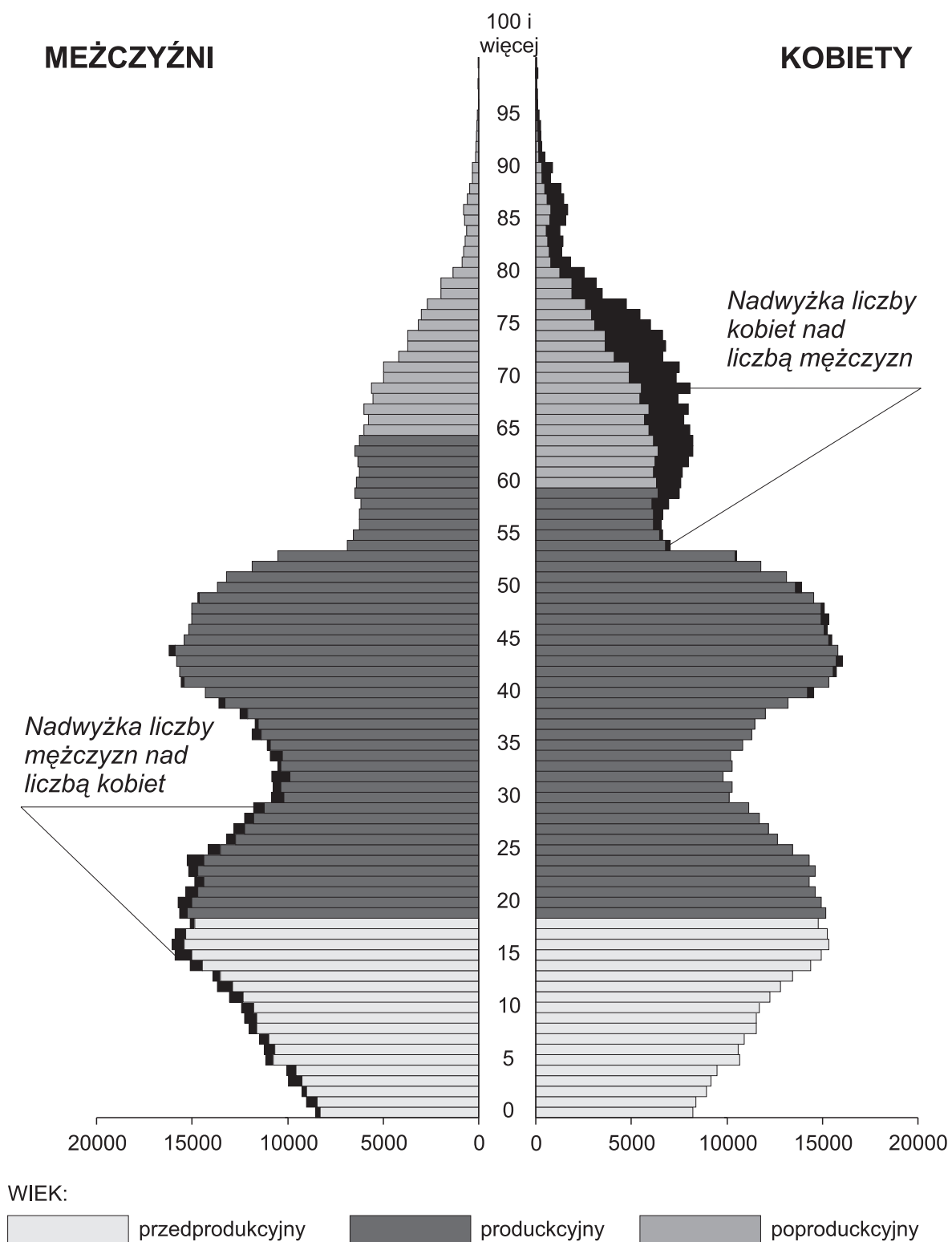


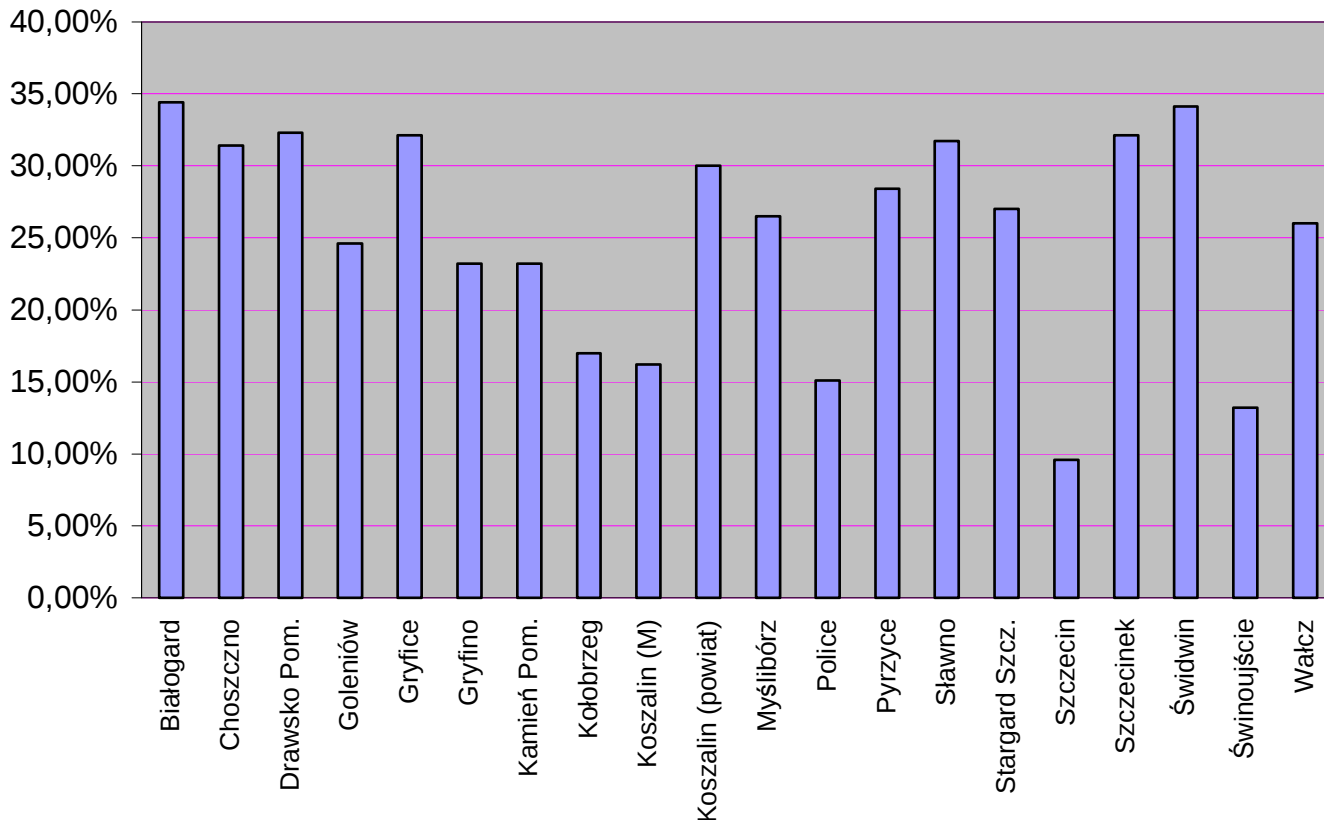
Tabela Nr 1 Ludność w wieku 15 lat i więcej wg poziomu wykształcenia* (% ogółu ludności)

	wyższe	policealne	średnie		podstawowe	niepełne podstawowe
			razem	w tym zasadnicze zawodowe		
Polska	6,8	2,6	50,0	25,9	33,7	6,3
Zachodniopomorskie	6,7	2,4	50,6	24,9	33,0	7,2

* źródło: Rocznik Statystyczny Województw 2000

Poziom wykształcenia mieszkańców województwa zachodniopomorskiego zbliżony jest do poziomu krajowego w grupie osób z wyższym i średnim wykształceniem. Nieznacznie zwiększony jest odsetek osób z wykształceniem niepełnym podstawowym.

*Wykres Nr 2 Stopa bezrobocia w powiatach województwa zachodniopomorskiego w stosunku do liczby czynnych zawodowo (stan na czerwiec 2001 r. *)*



* źródło: Wojewódzki Urząd Pracy w Szczecinie

1.1 Charakterystyka województwa

Województwo zachodniopomorskie leży w północno-zachodniej części Polski, liczy 22 901 km² i jest piątym co do wielkości województwem w kraju.

Sieć osadniczą tworzy 61 miast i 3 173 innych miejscowości w tym 1 589 wsi. Po reformie administracyjnej, w skład województwa zachodniopomorskiego weszły były województwa: gorzowskie, koszalińskie, pilskie, słupskie, szczecińskie. Tereny te charakteryzują się :

- niską liczbą ludności: powiat wałecki, świdwiński, choszczeński,
- niskim stopniem zaludnienia: powiat drawski, koszaliński, szczecinecki,
- niskim stopniem uprzemysłowienia,
- dużą liczbą terenów będących byłymi Państwowymi Gospodarstwami Rolnymi.

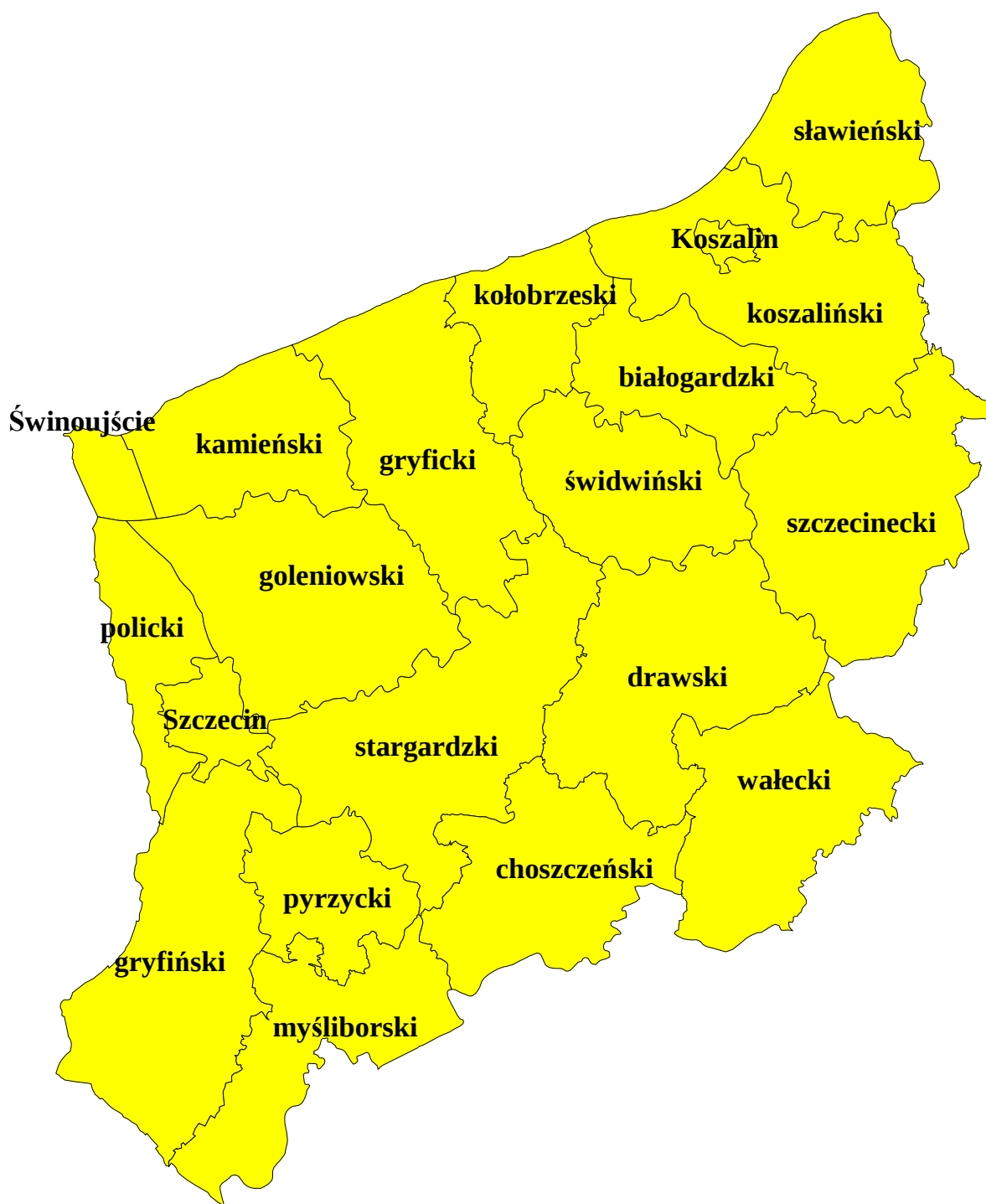
Wg nowego podziału administracyjnego województwo zachodniopomorskie liczy:

20 powiatów, w tym 3 miasta na prawach powiatu, oraz **114 gmin**.

Tabela Nr 2 Ludność wg powiatów

Powiaty	Ludność		w tym			
	ogółem	na 1 km ²	mężczyźni	kobiety	miasto	wieś
Koszalin	112660	1354	53981	58679	112660	-
Szczecin	416619	1385	199620	216999	416619	-
Świnoujście	43590	223	21571	22019	43590	-
białogardzki	50539	60	24941	25598	31659	18880
choszczeński	51218	39	25488	25730	24183	27035
drawski	60762	34	29895	30867	37259	23506
goleniowski	82550	48	40896	41654	45201	37349
gryficki	75340	51	37243	38097	37172	38168
gryfiński	84548	45	42247	42301	38735	45813
kamieński	49947	50	24694	25253	23477	26470
kołobrzesci	77725	107	37846	39879	47838	29887
koszaliński	63723	38	31707	32016	14492	49231
myśliborski	70228	59	34698	35530	42041	28187
policki	57496	87	28276	29220	36646	20850
przycki	41268	57	20620	20648	17675	23593
sławieński	60033	58	29746	30287	29913	30120
stargardzki	144659	72	71296	73363	97195	47464
szczecinecki	81526	46	39788	41738	51788	29738
świdwiński	51523	47	25491	26032	26215	25308
wałecki	56884	40	28109	28775	34088	22796

Mapa Nr 1 Powiaty województwa zachodniopomorskiego



Charakterystyczne dla województwa zachodniopomorskiego jest niecentralne położenie miasta wojewódzkiego i rozlokowanie największych miast, poza Stargardem Szczecińskim, na obrzeżach województwa.

Gęstość zaludnienia w województwie zachodniopomorskim na tle kraju jest stosunkowo niska i wynosi 76 osób na 1 km², podczas gdy w Polsce wskaźnik ten wynosi 124 osoby na 1 km².

Występują też duże dysproporcje między obszarami miejskimi, gdzie gęstość zaludnienia osiąga ponad 1 000 osób na 1 km², a obszarami wiejskimi ze wskaźnikiem poniżej 20 osób na 1 km².

1.2 Liczba ludności województwa zachodniopomorskiego

Wykres Nr 3 Liczba mieszkańców województwa zachodniopomorskiego wg płci
(dane za rok 2000)

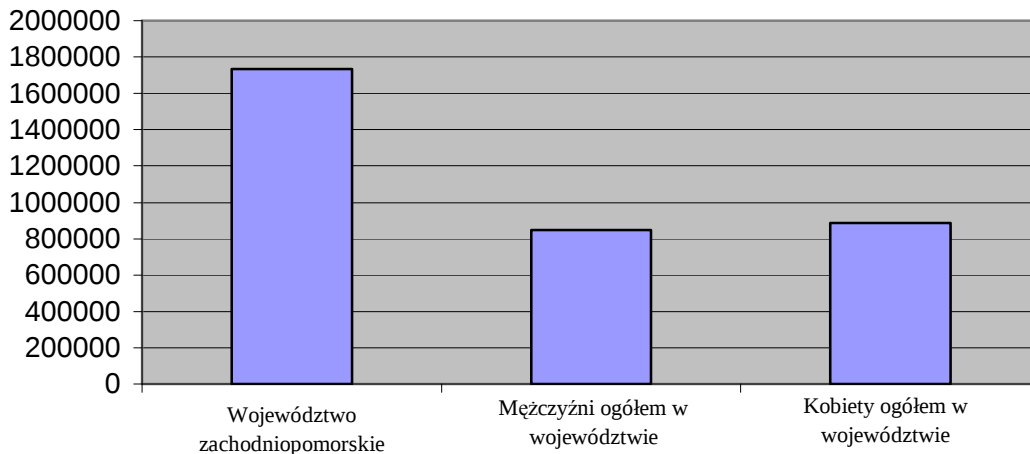


Tabela Nr 3 Liczba ludności wg płci i miejsca zamieszkania (dane za rok 2000)*

Ogółem w województwie:	1 733 848
Mężczyźni:	848 206
Kobiety:	885 642
Miasta:	1 207 201
Gminy wiejskie:	526 647

* źródło: Informator Statystyczny Ochrony Zdrowia Woj. Zachodniopomorskiego za rok 2000, Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia, czerwiec 2001

Większość mieszkańców naszego województwa mieszka w miastach, stanowią 69,74% ogółu mieszkańców, natomiast tereny wiejskie zamieszkuje 30,26%.

Kobiety stanowią 51,05% ogółu mieszkańców, mężczyźni 48,95%.

1.3 Ludność wg grup wiekowych

*Tabela Nr 4 Ludność województwa zachodniopomorskiego w poszczególnych grupach wiekowych wg płci**

Przedział wiekowy	Liczba ogółem (w tys.)	Mężczyźni (w tys.)	Kobiety (w tys.)
0-2	52,4	26,8	25,6
3-6	82,4	42,2	40,2
7-14	202,8	103,8	99,0
15-17	93,6	47,8	45,8
18-19	60,8	30,7	30,1
20-19	275,1	140,5	134,6
30-39	224,6	114,4	110,2
40-49	306,7	152,8	153,9
50-59	173,1	87,7	91,4
60-64	71,5	31,5	40,0
65 i więcej	183,8	69,0	113,9

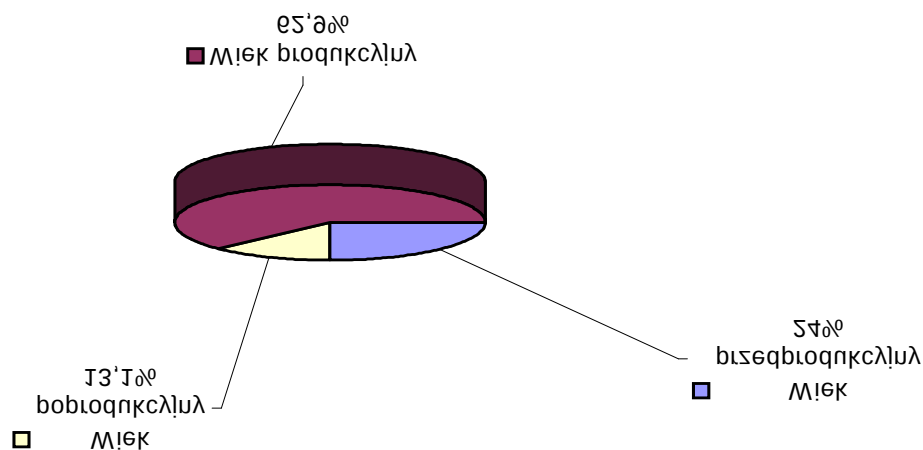
* źródło: Rocznik Statystyczny Województw 2000

Tabela Nr 5 Ludność województwa zachodniopomorskiego w poszczególnych grupach wiekowych wg miejsca zamieszkania*

Grupy wiekowe		Ogółem	Miasto	Wieś
Wiek przedprodukcyjny:	0-17	416 228	267 545	148 683
	0-2	50 923	31 659	19 264
	3-6	78 655	48 757	29 898
	7-14	194 924	124 349	70 575
	15-17	91 726	62 780	28 946
Wiek produkcyjny:		1 090 484	778 836	311 648
Mężczyźni	18-64	563 803	395 219	168 584
Kobiety	18-59	523 681	383 617	143 064
Wiek poprodukcyjny:		227 136	160 820	66 316
Mężczyźni	65 i więcej	71 261	50 124	21 137
Kobiety	60 i więcej	155 875	110 696	45 179
Województwo ogółem		1 733 848	1 207 201	526 647

* źródło: Informator Statystyczny Ochrony Zdrowia za rok 2000

Wykres Nr 4 Podział w procentach liczby ludności wg grup wiekowych (dane za rok 2000)



* opracowanie własne na podstawie Informatora Statystycznego Ochrony Zdrowia za rok 2000

2. Dane epidemiologiczne dotyczące województwa zachodniopomorskiego

Na bazie danych zawartych w „Informatorze statystycznym ochrony zdrowia za rok 1999” Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia w poniższym rozdziale zaprezentowano ogólny stan zdrowia mieszkańców województwa zachodniopomorskiego.

Ok. 60% populacji województwa zachodniopomorskiego cierpi na jedną z chorób przewlekłych. Główne problemy zdrowotne to choroby układu krążenia, nowotwory, urazy. Grupę tę uzupełniają: uzależnienia, cukrzyca i nadwaga.

2.1 Ruch naturalny

Tabela Nr 6 Ruch naturalny (dane za 2000 r.)

	Urodzenia żywe (liczby bezwzględne)	Zgony ogółem (liczby bezwzględne)	Przyrost naturalny (liczby bezwzględne)	Wskaźnik na 1 000 ludności		
				Urodzenia żywe	Zgony	Przyrost naturalny
Ogółem w woj.	16 881	15 018	1 863	9,8	8,7	1,01
Najwyższy (z powiatów)	3 298	3 960	371	11,6	9,9	3,3
Najniższy (z powiatów)	279	318	-662	6,4	6,6	-1,6

* źródło: Informator Statystyczny Ochrony Zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego za 2000 rok, Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia, 2001 r.

2.2 Zgony

*Tabela Nr 7 Zgony w województwie zachodniopomorskim według płci i miejsca zamieszkania (dane za rok 2000)**

	ogółem	mężczyźni	kobiety	miasto		wieś	
				M	K	M	K
Województwo zachodnio - pomorskie	15 018	8 382	6 636	5 738	4 657	2 644	1 979

* źródło: Informator Statystyczny Ochrony Zdrowia 2001, Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia, 2001 r.

Z powyższej tabeli wynika, że w województwie zachodniopomorskim występuje nadumieralność mężczyzn w stosunku do kobiet. W skali całego województwa zgony mężczyzn stanowią 56,5%, analogicznie w miastach: 55,2%, na wsi: 59,4%.

*Tabela Nr 8 Zgony niemowląt dane za rok 2000**

	Ogółem		Miasto		Wieś	
	Liczba bezwzględna	Na 1 000 urodzeń żywych	Liczba bezwzględna	Na 1 000 urodzeń żywych	Liczba bezwzględna	Na 1 000 urodzeń żywych
Ogółem w woj.	152	9,0	95	9,1	57	8,9
Najwyższy (z powiatów)	36	12,5	36	15,3	7	19,2
Najniższy (z powiatów)	2	3,0	1	2,4	1	2,6

* źródło: Informator Statystyczny Ochrony Zdrowia 2001, Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia, 2001 r.

*Tabela Nr 9 Wypadki przy pracy w województwie zachodniopomorskim dane za rok 2000**

Liczba wypadków ogółem	mężczyźni	kobiety	młodociani	Wypadki zbiorowe	Liczba poszkodowanych	Wypadki śmiertelne
4334	3160	1214	33	16	4374	57

* źródło: Urząd Statystyczny w Szczecinie

2.3 Zachorowania na wybrane choroby w województwie zachodniopomorskim dane za rok 2000

Jednostka chorobowa	Województwo w 2000 r.	
	Liczba ogółem	Wskaźnik na 100 tys. ludności
Gruźlica	446	25,8
Cukrzyca	4 333	250,5
Choroby układu krążenia	24 739	1427,0
(leczeni ambulatoryjnie)	40 505	8104,0
Nowotwory	3 582	207,1
mężczyźni	1 794	211,0
kobiety	1 788	203,2
HIV (nosiciele)	34	1,9
AIDS (zachorowania)*	12	0,7
WZW		
Ogółem	225	13,0
w tym typ B	106	6,1
Pokąsani przez zwierzęta podejrzane o wściekliznę	417	24,1
Choroby weneryczne		
kiła	27	1,6
rzeżączka	40	2,3
Choroby psychiczne:		
leczeni ogółem	21 889	1 262,4
leczeni po raz pierwszy	6 903	398,2
Leczeni w poradniach odwykowych:		
ogółem	5 519	319,0
po raz pierwszy	2 369	136,9

źródło: Informator Statystyczny Ochrony Zdrowia 2001, Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia, 2001 r.

* Ogółem, od roku 1985 kiedy zaczęto prowadzić rejestr, w województwie

zachodniopomorskim zarejestrowano 211 nosicieli wirusa HIV, zachorowań na AIDS było 45 z czego 21 osób zmarło.

3. Infrastruktura jednostek i zasoby kadrowe służby zdrowia w województwie zachodniopomorskim

3.1 Lecznictwo stacjonarne

Na terenie województwie zachodniopomorskiego funkcjonuje **40 szpitali** posiadających łącznie **9706 łóżek**, w tym szpitali:

- powiatowych – 19
- wojewódzkich – 15
- klinicznych – 2
- resortowe – 4

Tabela Nr 10 Wskaźniki działalności szpitali województwa zachodniopomorskiego

wg stanu na koniec 2000 r. *

Szpital	Liczba łóżek	Liczba leczonych	Osobodni leczenia	Wykorzystanie łóżek w %	Przeciętny czas pobytu chorego
Powiatowe	3091	111 699	865 377	75,7	9,0 7,4**
Samorządu Województwa	4560	130 226	1 346 556	77,7	15,7 10,0**
Kliniczne	1159	41 610	350 426	83,4	8,5
Resortowe	896	24 131	219 771	63,7	10,8 8,6**
Ogółem	9706	307 666	2 682 130	75,1	11,0 8,6**

* łącznie: łóżka krótko-, długoterminowe oraz psychiatryczne,

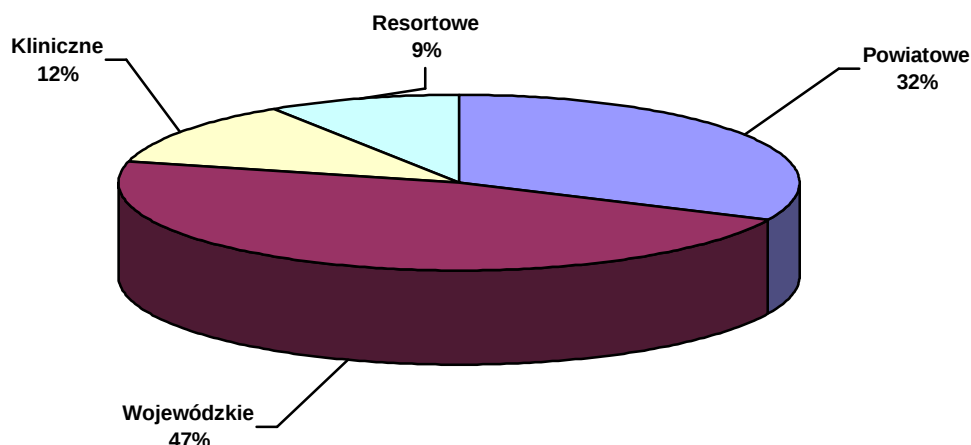
** wskaźnik bez łóżek długoterminowych

Średnie wykorzystanie łóżek w szpitalach województwa zachodniopomorskiego w 2000 r. wynosiło 75% czyli 273 dni w roku i jest wskaźnikiem niezadowalającym. Za efektywne wykorzystanie uważa się średnie wykorzystanie w granicach 85% czyli 310 dni w roku. Tylko w oddziałach dziecięcych dopuszcza się wykorzystanie na poziomie 70%.

Przeciętny czas hospitalizacji dla wszystkich szpitali województwa wynosi 11 dni. Przy obliczaniu uwzględniono wszystkie rodzaje oddziałów, także oddziały psychiatryczne i długoterminowe, w których pobyt pacjenta z założenia jest dłuższy.

Natomiast w oddziałach krótkoterminowych przeciętny pobyt pacjenta w szpitalach województwa wyniósł w 2000 r. 8,6 dni. Jest to również jeszcze zbyt długi czas hospitalizacji w stosunku do wskaźników kierunkowych. Należy dążyć do jego skrócenia do 5-6 dni.

Wykres Nr 5 *Liczba łóżek w szpitalach wg organu założycielskiego w 2000 r.*



Podział szpitali na poziomy referencyjne został dokonany rozporządzeniem Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych, które obowiązuje od 1 stycznia 1999 r.

Taki podział szpitali na poziomy referencyjne nie jest właściwym uporządkowaniem udzielania świadczeń zdrowotnych. Poziomy referencyjne powinny w większej mierze dotyczyć wykonywania procedur medycznych.

Pierwszy poziom referencyjny w województwie zachodniopomorskim obejmuje 22 szpitale w tym:

- 19 szpitali powiatowych,
- 2 szpitale MSW i A,
- 1 szpital Samorządu Województwa.

Są to szpitale udzielające świadczeń w czterech podstawowych specjalnościach medycznych: chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, położnictwa i ginekologii, pediatrii oraz anestezjologii i intensywnej terapii. Szpitale te mogą także udzielać świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczeń rehabilitacyjnych, opieki paliatywnej oraz psychiatrycznej osobom, których stan zdrowia wymaga opieki zdrowotnej w dłuższym okresie niż 4 tygodnie.

Drugi poziom referencyjny w województwie zachodniopomorskim obejmuje 13 szpitali w tym:

- 9 szpitali wojewódzkich,
- 2 szpitale powiatowe,
- 2 szpitale MON

Szpitala te udzielają świadczeń zdrowotnych oprócz czterech podstawowych specjalności i anestezjologii i intensywnej terapii również w co najmniej czterech następujących specjalnościach: kardiologii, neurologii, dermatologii, patologii ciąży i noworodka, okulistyki, laryngologii, chirurgii urazowej, urologii, neurologii, chirurgii dziecięcej i chirurgii onkologicznej. Szpitale takie mogą także udzielać świadczeń zdrowotnych w zakresie ambulatoryjnych zabiegów operacyjnych, diagnostyki oraz opieki psychiatrycznej osobom, których stan zdrowia nie wymaga całodobowej opieki medycznej.

Trzeci poziom referencyjny w województwie zachodniopomorskim obejmuje

- 2 szpitale kliniczne, które mogą udzielać świadczeń zdrowotnych w zakresie trzeciego poziomu referencyjnego na obszarze większym niż jedno województwo. W związku z tym przy tworzeniu planów wojewódzkich nie można ograniczać działalności szpitali klinicznych wyłącznie do potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa.

Rozmieszczenie i wykorzystanie szpitali na terenie województwa nie jest równomierne. Duże skupienie szpitali znajduje się w Szczecinie, a mniejsze jest w regionie wschodnio-południowym województwa.

Wielkość jednostek szpitalnych w województwie zachodniopomorskim jest bardzo zróżnicowana i przedstawia się następująco:

- do 150 łóżek – 18 szpitali,
- od 151 do 200 łóżek – 6 szpitali,
- od 201 do 300 łóżek – 6 szpitali,
- od 301 do 500 łóżek – 4 szpitale
- powyżej 501 łóżek - 6 szpitali

Posługując się wskaźnikiem łóżek/10 tys. ludności obserwuje się nierównomierne rozmieszczenie łóżek na terenie województwa. Występuje duże zróżnicowanie potencjału łóżek w poszczególnych powiatach.

Najniższy wskaźnik łóżek posiadają powiaty:

- Szczecinecki - 20,7
- Drawski - 25,1

Najwyższy wskaźnik łóżek posiadają powiaty:

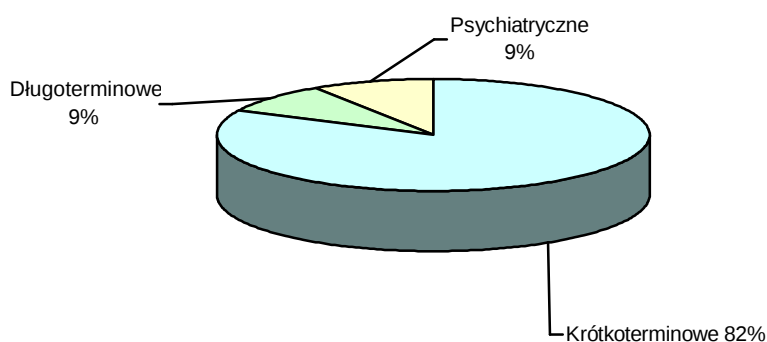
- Wałecki - 110,7
- Pyrzycki - 63,4

Na podstawie analizy zasobów łóżek szpitalnych i ich wykorzystania w województwie zachodniopomorskim w latach 1999 i 2000 została dokonana ocena zasobów łóżkowych leczenia szpitalnego w aspekcie opieki krótkoterminowej, długoterminowej i psychiatrycznej.

Tabela Nr 11 Struktura łóżek w szpitalach województwa zachodniopomorskiego w 2000 r.

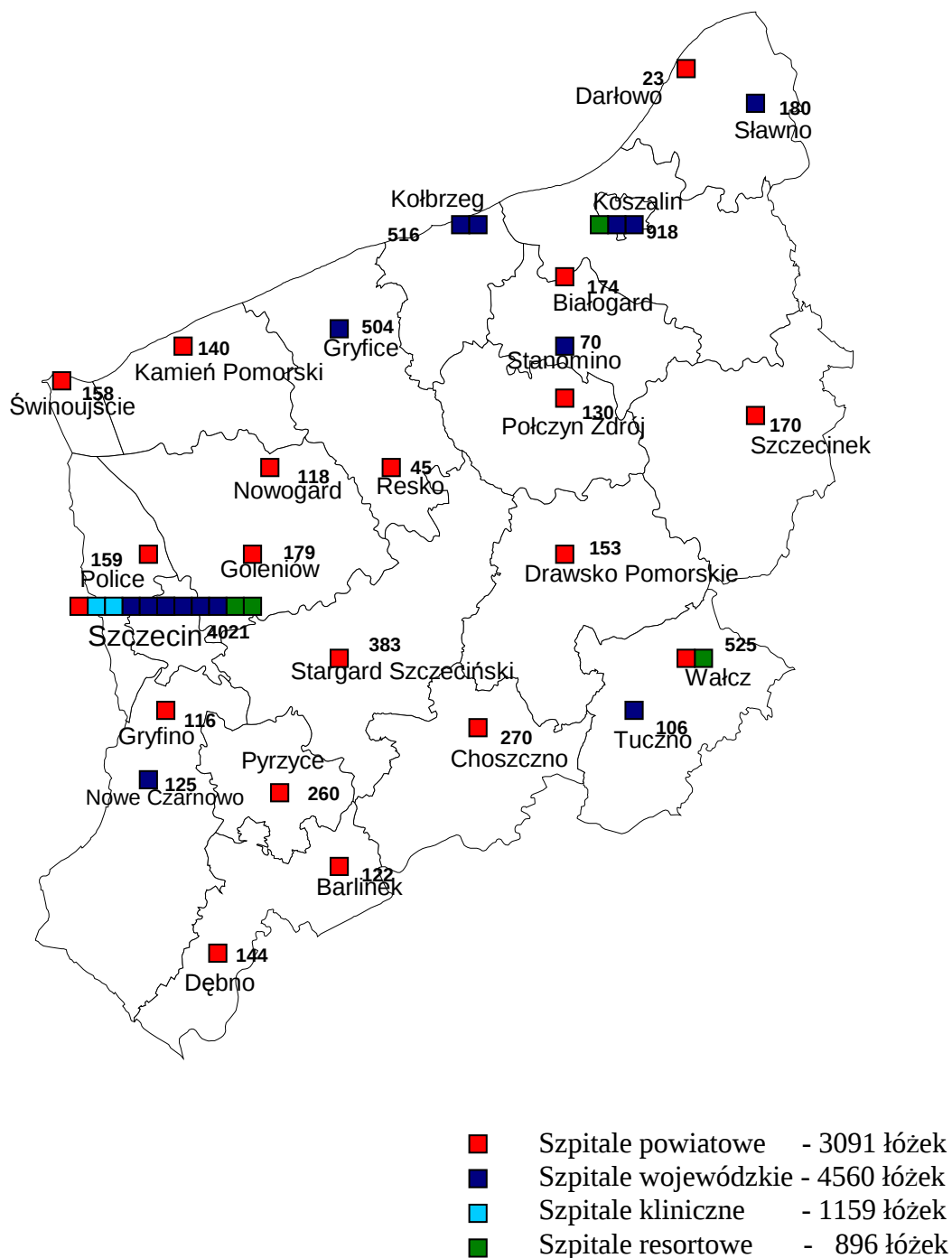
Rodzaj opieki	Liczba łóżek	Wskaźnik łóżek na 10 tys. ludności	
		2000 r.	kierunkowy
Krótkoterminowe	7972	46,0	35,0
Długoterminowe	838	4,9	12,0
Psychiatryczne	886	5,1	7,0
Ogółem	9706	56,0	54,0

Wykres Nr 6 Struktura procentowa łóżek w szpitalach województwa zachodniopomorskiego w 2000 r.



Całkowity potencjał w opiece stacjonarnej w 2000 r. w województwie zachodniopomorskim wynosił 9706 łóżek co daje wskaźnik 56,0 łóżek na 10 tys. ludności, są to proporcje zbliżone do zakładanych przez Ministerstwo Zdrowia do osiągnięcia w 2005 r. Wynika z tego, że liczba łóżek w województwie jest zgodna z zalecanymi wskaźnikami. Z tym, że w województwie zachodniopomorskim jest zbyt mocno rozbudowany potencjał łóżek krótkoterminowych, a niedobór obserwuje się w opiece długoterminowej i psychiatrycznej.

Mapa Nr 2 Rozmieszczenie szpitali i liczba łóżek w poszczególnych miastach na terenie województwa zachodniopomorskiego (dane z 2000 roku)



Mapa Nr 3 Potencjał zasobów szpitalnych w województwie zachodniopomorskim
wg wskaźnika łóżek/10 tys. ludności w 2000 r.

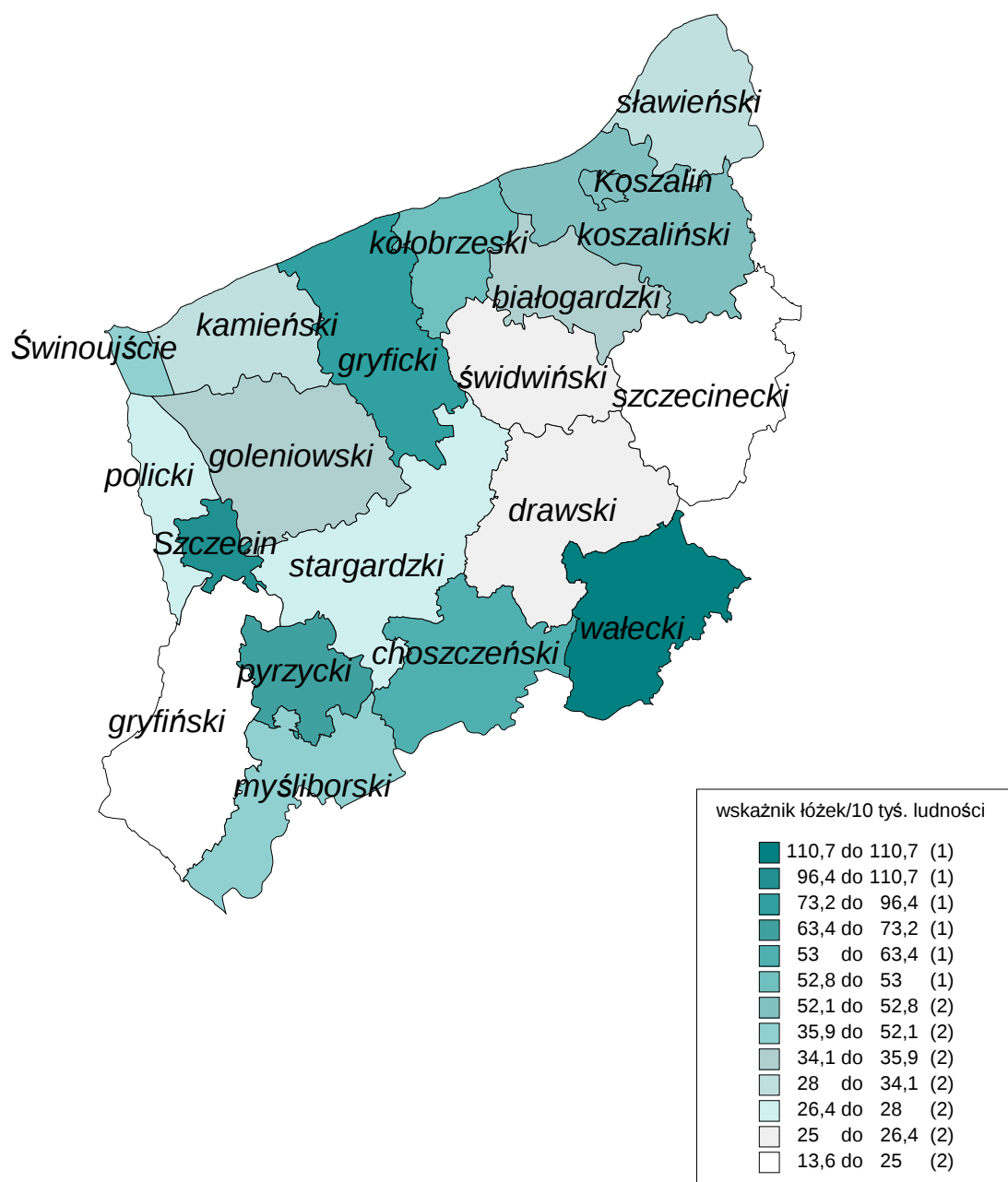
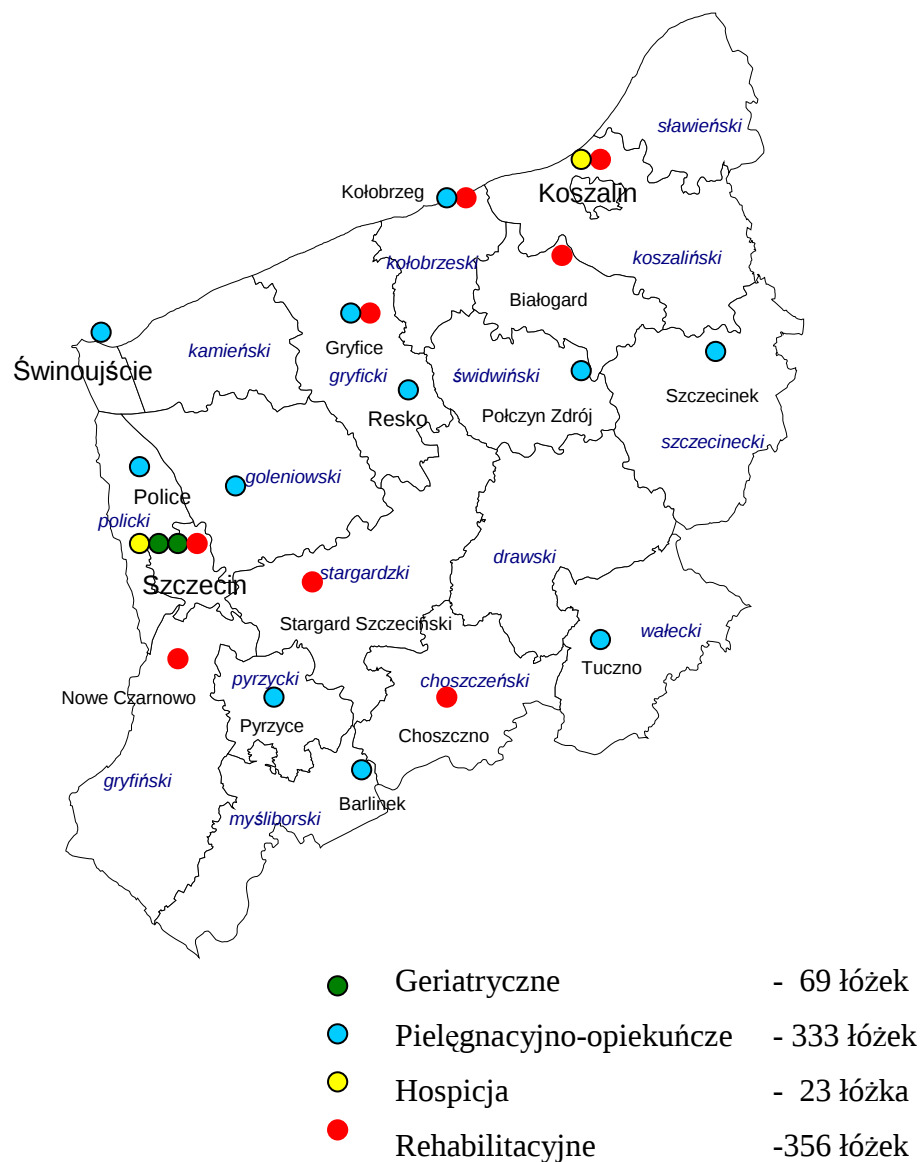


Tabela Nr 12 Wskaźniki działalności wybranych oddziałów w szpitalach województwa zachodniopomorskiego

Lp	Oddziały	Liczba łóżek wg stanu na 31.1.99 r.	Średnie wykorzystanie łóżek w %	Wskaźnik łóżek/10tyś. ludności	Wskaźnik łóżek/10tyś ludności - kierunkowy MZ
1	Wewnętrzne	1 611	84,9	8,6	8,6
2	Kardiologia	280	79,3	1,6	1,4
3	Chirurgia ogólna	1 197	64,3	6,9	6,4
4	Ortopedyczno-urazowy	383	76,0	2,2	2,2
5	Dziecięce	710	54,3	4,2	3,0
6	Okulistyka	275	63,1	1,6	0,7
7	Położniczo- ginekologiczny	1 258	58,3	7,3	6,0
8	Dermatologia	201	64,6	1,2	0,4
9	Neurologia	272	69,0	1,6	1,4
10	Laryngologia	247	71,0	1,4	0,7
11	Choroby zakaźne (razem z dziec. zakaż)	249	65,0	1,4	1,3
12	Anestezjologia i intensywna terapia	127	50,3	0,7	0,7
13	Onkologia	158	101,7	0,9	1,5
14	Gruźlica i choroby płuc	456	71,4	2,6	2,1
15	długotermionowe	807	68,5	4,6	12,0
	w tym:				
	rehabilitacyjne	461	74,3	2,7	4,2
	dla przewlekle chorych	225	73,0	1,3	7,3
	opieki paliatywnej	23		0,13	0,5
16	Psychiatryczne	792	84,8	4,5	7,0

Analizując wykorzystanie zasobów opieki szpitalnej województwa, stwierdzono nadmiar łóżek w oddziałach: dziecięcych, położniczo-ginekologicznych okulistycznych, dermatologicznych i laryngologicznych. Natomiast niedobór łóżek obserwuje się w oddziałach onkologicznych, psychiatrycznych i oddziałach opieki długoterminowej.

Mapa Nr 4 Rozmieszczenie oddziałów długoterminowych na terenie województwa Zachodniopomorskiego(wg stanu na koniec 2000 roku)



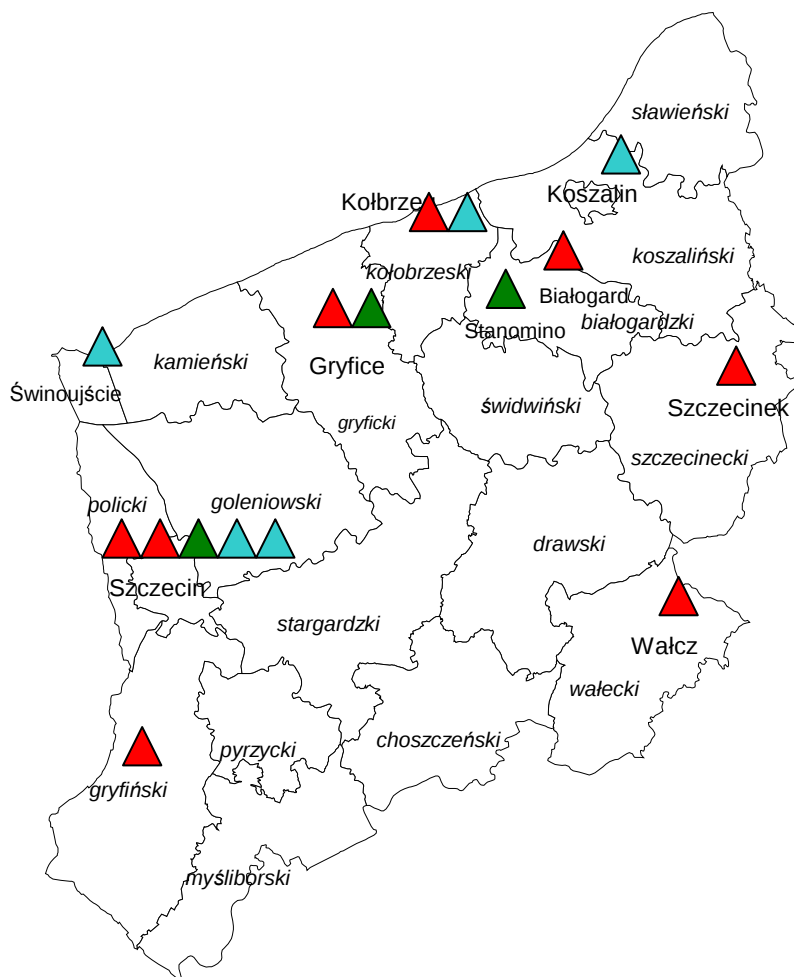
W ostatnich latach powstało większość obecnie funkcjonujących oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych. Dzięki temu rozmieszczenie tych oddziałów na terenie województwa zachodniopomorskiego jest dość równomierne. Brakuje jednak oddziałów dla przewlekle chorych w dużych miastach: w Szczecinie, Koszalinie i Stargardzie Szczecińskim.

W 2000 r. na terenie województwa zachodniopomorskiego funkcjonowało 766 łóżek opieki psychiatrycznej stacjonarnej i 120 łóżek w oddziałach dziennych. Wskaźnik łóżek w oddziałach stacjonarnych wynosi 4,4 na 10 tys. mieszkańców, natomiast wskaźnik łóżek łącznie w oddziałach stacjonarnych i dziennych wynosi **5,1 na 10 tys. mieszkańców**.

Tabela Nr 13 Wykaz oddziałów psychiatrycznych i ich rozmieszczenie na terenie województwa zachodniopomorskiego.

Lp.	Zakład opieki zdrowotnej	Nazwa oddziału	liczba łóżek	uwagi
		ODDZIAŁY STACJONARNE	766	
1.	S.P. Szpital Kliniczny Nr 1 w Szczecinie	psychiatryczny	88	
2.	SP Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdroje” w Szczecinie	psychiatryczne dla dorosłych	219	
		psychiatryczny dziecięco-młodzieżowej	32	
		dla uzależnionych od środków psychoaktywnych	8	
		detoksykacyjny	20	
		opiekuńczo-leczniczy	60	
		odwykowy	18	
3.	SP Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach	psychiatryczny dla dorosłych	51	
		odwykowy	28	
4.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Kołobrzegu	psychiatryczny dla dorosłych	44	
5.	SP Zakład Opieki Zdrowotnej w Białogardzie	psychiatryczny / nerwic /	20	
6.	107 Szpital Wojskowy w Wałczu	psychiatryczny dla dorosłych	40	
8.	NZOZ Psychiatryczny w Słupsku – Oddział w Szczecinku	psychiatryczny dla dorosłych	33	Funkcjonuje od 1 maja 2000
9.	Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień od Alkoholu i Współuzależnień w Stanominie	odwykowy	70	
10.	SP ZOZ Zakład Psychiatryczny Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w Nowym Czarnowie	opiekuńczo-leczniczy	35	
		ODDZIAŁY DZIENNE	120	
1.	SP Szpital Kliniczny Nr 1 w Szczecinie		25	
2.	SP Specjalistyczny Zakład Opieki zdrowotnej „Zdroje” w Szczecinie		50	
3.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Kołobrzegu		15	
4.	Szpital Wojewódzki w Koszalinie		15	
5.	SP Zakład Opieki Zdrowotne – Szpital Miejski w Świnoujściu		15	
		OGÓŁEM	886	

Mapa Nr 5 Rozmieszczenie oddziałów opieki psychiatrycznej na terenie województwa zachodniopomorskiego



	Oddziały psychiatryczne	- 650 łózek
	Oddziały odwykowe	- 116 łózek
	Oddziały dzienne	- 120 łózek

3.2 Lecznictwo ambulatoryjne

Zakłady ambulatoryjnej opieki zdrowotnej:

Zakłady publiczne: 226 w tym 197 przychodni i ośrodków zdrowia

Zakłady niepubliczne: 100

Praktyki lekarskie: 233 (zakontraktowane przez ZRKCh)

Wykres Nr 7 Liczba zakładów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej wg struktury organizacyjno-własnościowej

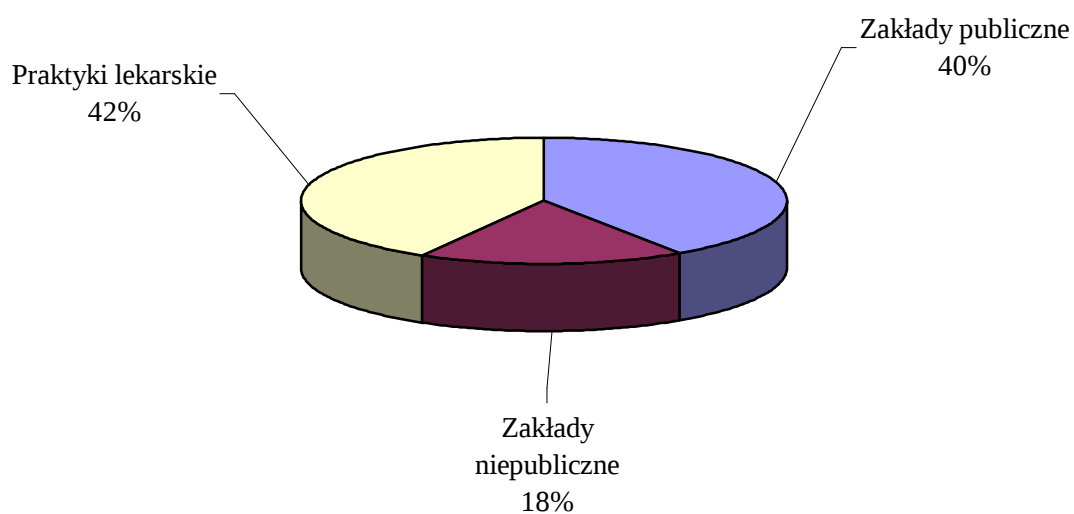


Tabela Nr 14 Porady udzielone w 2000 r. w województwie zachodniopomorskim z zakresu ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej

Województwo	Porady ogółem	Z tego udzielone w		
		Zakładach publicznych	Zakładach niepublicznych	Praktykach lekarskich
Ogółem	2 809 034	1 919 946	432 776	456 312

Ogółem w województwie w 1999 roku udzielono porad i specjalistycznych porad ambulatoryjnych:

9.274.368 porad co daje wskaźnik **5.3** porad rocznie na jednego mieszkańca.

Tylko w poradniach specjalistycznych udzielono: **3.118.358** (łącznie ze stomatologią)

wskaźnik: **1.6** porady na 1 mieszkańca.

Tabela Nr 15 Porady udzielone w ambulatoryjnej przemysłowej opiece zdrowotnej
(dane za rok 1999)*

Województwo	Porady ogółem	Lekarskie			Stomatologiczne
		Razem	Z tego		
			POZ	Specjalistyczne	
Ogółem	618 115	574 641	462 842	147 799	43 474

* źródło: Informator Statystyczny Ochrony Zdrowia 2000

Tabela Nr 16 Zabezpieczenie specjalistycznych porad ambulatoryjnych w poszczególnych powiatach - kontrakty ZRKCh na 2000 r.*

	Dermatologia i wenerologia	Neurologia	Okulistyka i laryngologia	Ginekologia położnictwo pediatria	Psychiatria i uzależnienia	Rehabilitacja	Interna, pulmonologia , kardiologia	Chirurgia ogólna	Stomatologia zach. Chirurgia sto. Protetyka	Logopedia
białogardzki	+	+	+	+	+	+	+	+	bez protet. i stom chir	
choszczeński	+	+	+	+	+	+	+	+	Stom. Zach.	
drawski	+	+	+	+	+	+	+	+	Stom. Zach.	
goleniowski	+	+	+	+	+	+	+	+	Stom. Zach.	
gryficki	+	+	+	+	+	+	+	+	Stom. Zach.	
gryfiński	+	+	+	+	+	+	+	+	Stom. Zach.	
kamieński	+	+	+	+	+	+	+	+	Stom. Zach.	

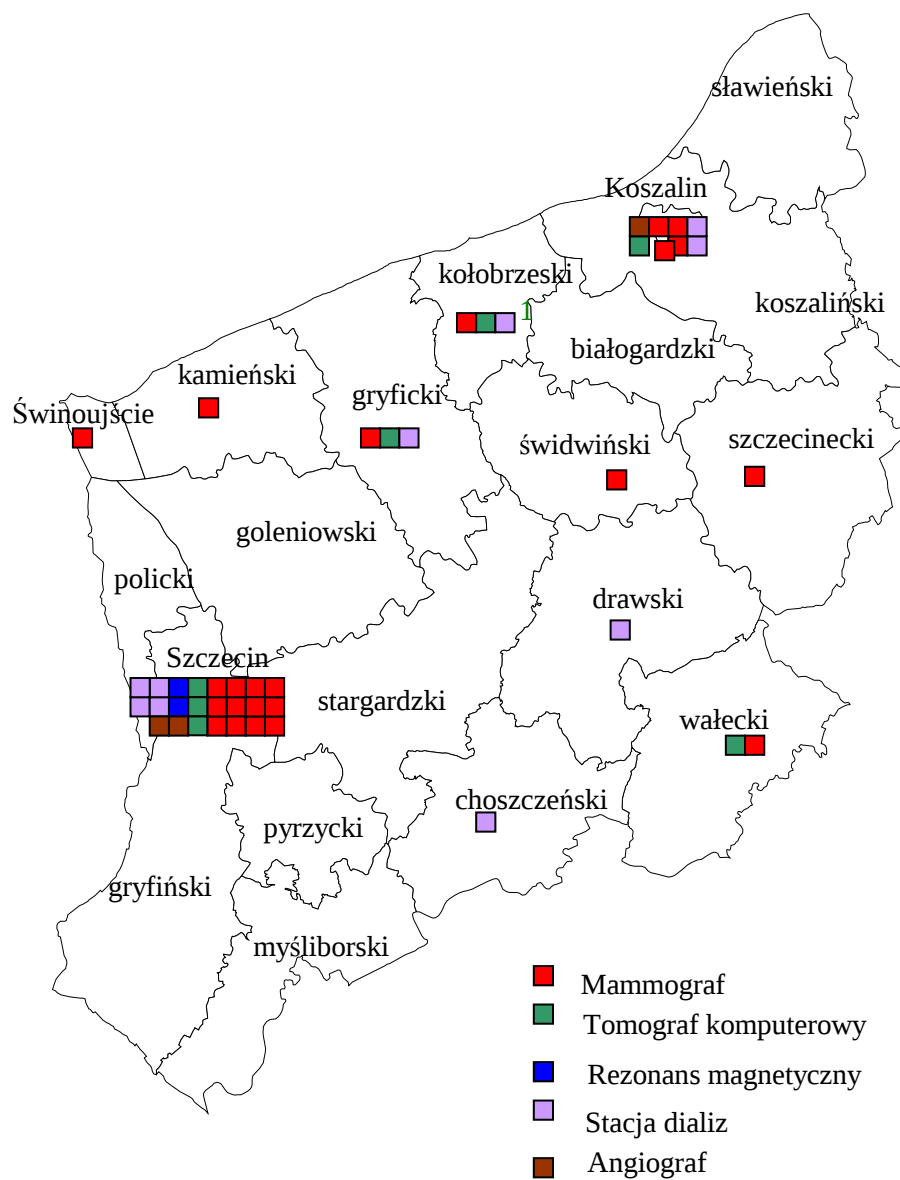
	Dermatologia i wenerologia	Neurologia	Okulistyka i laryngologia	Ginekologia położnictwo pediatria	Psychiatria i uzależnienia	Rehabilitacja	Interna, pulmonologia , kardiologia	Chirurgia ogólna	Stomatologia zach. Chirurgia sto. Protetyka	Logopedia
kołobrzesci	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
koszaliński	+	+	+	+	+	+	+	+	Stom. Zach.	+
myśliborski	+	+	+	+	+	+	+	+	Stom. Zach.	
policki	+	+	+	+	+	+	+1	+	Bez protet.	
pyrzycki	+	+	+	+	+	+	+2	+	Stom. Zach.	
sławieński	+	+	+	+	+	+	+	+	Stom. Zach.	
stargardzki	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Szczecin	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
szczecinecki	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
świdwiński	+	+	+	+	+	+	+3	+	Bez protet i stom chir.	
Świnoujście	+	+	+	+	+	+	+	+	Bez protet i ortodon.	
wałecki	+	+	+	+	+	+	+	+	Bez stom chir	

* opracowanie własne na podstawie „Kontrakty 2000”

Z powyższego zestawienia wynika, że poziom zabezpieczenia ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej w specjalnościach poziomu powiatu jest dostateczny w stosunku do zakładanego. Mankamentem obecnej sytuacji jest znaczne skupienie wysokospecjalistycznej aparatury medycznej w rejonie miasta Szczecina.

1 bez kardiologii
2 bez kardiologii i pulmonologii
3 bez pulmonologii

Mapa Nr 6 Lokalizacja aparatury wysokospecjalistycznej na terenie województwa zachodniopomorskiego



3.3 Lecznictwo stomatologiczne

Wyniki z badań epidemiologicznych z lat 1987 i 1995 wskazują, że próchnica zębów występuje u 92 % dzieci 7-letnich, w 98 % młodzieży 18-letniej i 82 % dorosłych w przedziale wiekowym 35 - 44 lat.

Intensywność próchnicy mierzona wskaźnikiem PUW-Z wynosiła 2,5 do 7,0 u 12-letniej młodzieży.

Opieki ortodontycznej wymaga 60 % badanej młodzieży, choroby stawów skroniowo-żuchwowych występują u ponad 35 % dorosłych poniżej 45 r.ż. Występują duże różnice przy porównaniu sytuacji dzieci i młodzieży środowisk wielkomiejskich, małych miast i wsi.

W dostępności do świadczeń stomatologicznych występujące różnice sięgają 23,2 %, przy czym wszystkie wiejskie i gminne ośrodki zdrowia nie posiadają obsady lekarza stomatologa.

Badania* przeprowadzone w 1998 r. na reprezentatywnej grupie określiły stan zdrowia zębów i przyzębia oraz potrzeby lecznicze.

Wnioski z przeprowadzonych badań

- Istnieje potrzeba systematycznej opieki stomatologicznej wśród populacji będącej w stanie ciągłej potrzeby leczenia choroby próchnicowej,
- Potrzeba zwiększenia świadomości prozdrowotnej, szczególnie w zakresie dotyczącym higieny jamy ustnej.

*Badania pod kierunkiem prof. dr hab. K. Lisieckiej Szczecin, 1999 r.

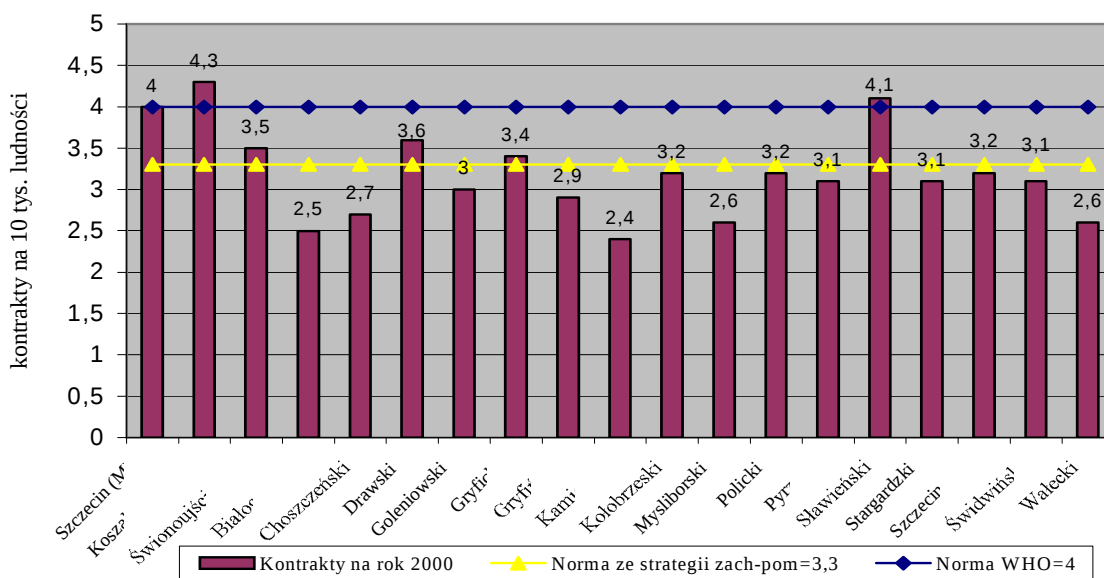
Poziom zabezpieczenia potrzeb w opiece stomatologicznej

Relatywnie (do populacji ubezpieczonych) największą dostępność uzyskali mieszkańcy powiatów koszalińskiego (miejski z ziemskim), Szczecina oraz sławieńskiego. Na zwiększenie dysproporcji wpływają częściowo zakupy świadczeń protetycznych, ortodontycznych oraz innych specjalistycznych (około 9% ogółu świadczeń stomatologicznych).

W powiatach o największych wskaźnikach zabezpieczenia jest zapewnione na 1 mieszkańca aż o 2/3 więcej świadczeń bezpłatnej opieki stomatologicznej. Można wnioskować tutaj o znacznych nierównościach.

Wykres nr 8

Wskaźnik zabezpieczenia opieki stomatologicznej w populacji ZRCH w powiatach woj. zachodniopomorskiego wg. kontraktów na rok 2000



Z powyższej tabeli wynika, że najniższy wskaźnik zabezpieczenia opieki stomatologicznej jest w powiecie białogardzkim, myśliborskim i kamieńskim.

Stosunkowo wysoki wskaźnik osiągają powiaty: sławieński oraz miasta: Koszalin z powiatem ziemskim oraz Szczecin.

3.4 Podstawowa opieka zdrowotna

Jako warunki minimalne, w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, należy przyjąć wielkość populacji podopiecznych na:

1. 1 praktyka lekarza rodzinnego - 2500 mieszkańców
2. 1 pielęgniarka środowiskowo- rodzinna - 2500 mieszkańców
3. 1 położna środowiskowo - rodzinna - 5000 kobiet powyżej 13 r.ż.
4. 1 pielęgniarka w miejscu nauczania i wychowania - 800 uczniów
5. 1 lekarz stomatolog - 4000 mieszkańców.

Organizacja systemu podstawowej opieki medycznej winna przebiegać poprzez wzmocnienie instytucji lekarza rodzinnego:

- a) Opracowanie planu rozmieszczenia praktyk lekarza rodzinnego, uwzględniający kryteria dostępności mieszkańców zamieszkujących teren gminy.
- b) Zniesienie barier geograficznych uwarunkowanych i związanych z połączeniami komunikacyjnymi, jak i z odległością do placówki POZ od miejsca zamieszkania tzn. nie dalej niż 20 km do placówki oraz wprowadzenie systemu telefonicznej konsultacji.
- c) Należy przyjąć i wdrożyć standardy świadczenia usług medycznych z zakresu Medycyny Rodzinnej jako elementu wpływającego na jakość świadczeń w opiece podstawowej . Standardy określają kryteria w zakresie:
 - właściwego wykonywania świadczeń określonego typu na rzecz pacjentów,
 - wyposażenia w aparaturę medyczną lub dostępu do niezbędnego sprzętu oraz warunki lokalowe,
 - trybu postępowania i procedur diagnostyczno-terapeutycznych stosowanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie różnych specjalnościach medycznych,
 - typów schorzeń leczonych w poszczególnych jednostkach opieki zdrowotnej.
- d) Wdrożyć system zewnętrznej oceny jakości świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej celem określenia stopnia zaspakajania potrzeb zdrowotnych populacji ludności województwa zachodniopomorskiego i określenia pożądanych zmian w organizacji opieki zdrowotnej.

W 2001 roku zwiększyła się liczba podmiotów świadczących usługi w zakresie POZ. Dominują niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej - 50 %, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej stanowią 11 % .

Tabela Nr 17 Podmioty świadczące usługi z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

Rodzaje podmiotów	2000	2001
Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej	51	38
Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej	103	181
Praktyki indywidualne	104	145
Razem	258	364

3.5 Zasoby kadrowe służby zdrowia

*Tabela Nr 18 Personel medyczny (liczby bezwzględne) dane za rok 2000**

Lekarze	Lekarze stomatolodzy	Pielęgniarki	Położne
3.551	629	7.591	958

* źródło: Informator Statystyczny Ochrony Zdrowia 2001

*Tabela Nr 19 Wskaźniki zatrudnienia w zawodach medycznych na 10 tys. mieszkańców**

	Lekarze	Lekarze stomatolodzy	Pielęgniarki	Położne	Farmaceuci
Zachodniopomorskie	20.5	3.6	43.8	5.5	0,9
Polska (1999)	22,6	3,2	51,0	5,9	

* źródło: Informator Statystyczny Ochrony Zdrowia 2001

Tabela Nr 20 Ogółem zatrudnienie w zakładach opieki zdrowotnej*

Grupa zawodowa	1999	2000
Lekarze	3626	3551
Lekarze stomatolodzy	666	629
Farmaceuci	169	139
Analitycy medyczni	101	90
mgr rehabilitacji	148	151
Psycholodzy	62	70
Pielęgniarki	8078	7494
Grupa zawodowa	1999	2000
mgr pielęgniarstwa	110	97
Logopedzi	20	15
Położne	976	958
Felczerzy	21	18
Technicy dentystyczni	91	93
Technicy farmaceutyczni	265	236
Technicy analityki medycznej	910	773
Technicy elektroradiologii	421	396
Technicy fizjoterapii	516	501
Technicy masażysty	78	81
Instruktorzy higieny	130	127
Instruktorzy terapii zajęć	52	59
Dietetycy (wykształcenie średnie)	67	67
Higienistki szkolne	27	25
Higienistki stomatologiczne	60	31
Asystentki stomatologiczne	48	62
Opiekunki dziecięce	156	158
Ratownicy medyczni	81	100
Razem	16 899	15 906

* źródło: Informator Statystyczny Ochrony Zdrowia za rok 1999 i 2000

Zatrudnienie specjalistów w zakładach publicznych, niepublicznych oraz gabinetach prywatnych w województwie (dane z 1999 r.):

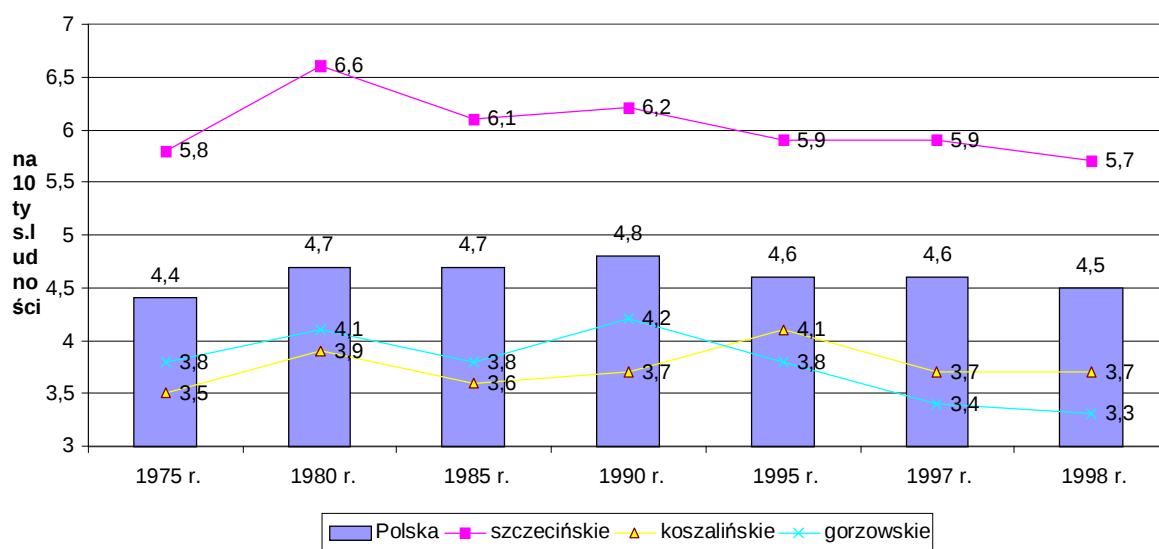
- Lekarze specjaliści I° - **1 124** osób
- Lekarze specjaliści II° - **1 865** osób

Zasoby kadrowe w opiece stomatologicznej

Wskaźnik wojewódzki wynosił na koniec 1998 roku 3,8 dentystów na 10 tys. mieszkańców i był większy od średniej w kraju.

W województwie zauważalna jest znaczna dysproporcja w rozmieszczeniu gabinetów stomatologicznych. Różnice widoczne są zwłaszcza pomiędzy wysoko nasyconym obszarami powiatów grodzkich Szczecin i Koszalin oraz pozostałymi częściami subregionów szczecińskiego, koszalińskiego i gorzowskiego, co przedstawia poniższy wykres.

Wykres Nr 9 Liczba lekarzy dentystów zatrudnionych w służbie zdrowia w Polsce i subregionach woj. zachodniopomorskiego



Jak widać zarówno Polska i woj. zachodniopomorskie teoretycznie (przy uwzględnieniu nasycenia kadrami medycznymi) mieszczą się w normach przyjętych przez Światową

Organizację Zdrowia (WHO) określających minimum dostępności do opieki stomatologicznej. Należy zauważyć, że woj. zachodniopomorskie wypada tu lepiej niż średnia w kraju.

Tabela Nr 21 Liczba absolwentów uczelni i szkół medycznych w województwie zachodniopomorskim:

2000 r.		2001 r. (plan)	
PAM	Szkoły medyczne	PAM	Szkoły medyczne
215	148	225	89

4. Silne i słabe strony systemu ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego

Analiza SWOT

SŁABE STRONY	MOCNE STRONY
Nierównomierne rozmieszczenie sieci szpitali oraz placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej na terenie województwa	Wysoka liczba lekarzy specjalistów oraz wykwalifikowanej kadry średniego personelu medycznego
Nieprawidłowa struktura łóżek krótko- i długoterminowych	Dostateczna liczba łóżek szpitalnych ogółem
Brak możliwości sporządzania planów zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej	Dość dobre wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny zwłaszcza w dużych ośrodkach
Nierównomierne rozmieszczenie aparatury wysokospecjalistycznej na terenie województwa	Racjonalne wykorzystanie drogich metod diagnostycznych
Stosunkowo niski poziom dostępności do usług zdrowotnych w opinii pacjentów	Wystarczająca liczba zakładów opieki zdrowotnej w województwie
Mało zaawansowany stopień przekształceń własnościowych	
Brak systemu monitoringu i oceny jakości usług zdrowotnych	
SZANSE	ZAGROŻENIA
Spółeczna akceptacja potrzeby wprowadzenia reformy systemu ochrony zdrowia	Skłonność lekarzy rodzinnych do ograniczania liczby skierowań do specjalistów
Zabezpieczanie wielu usług wysokospecjalistycznych w jednostkach publicznych, niepublicznych i gabinetach prywatnych	Skłonność świadczeniobiorców do nadmiernego korzystania z usług specjalistycznych
Możliwość różnych form organizacyjnych i prawnych realizacji świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej	Brak koordynacji w prowadzeniu programów profilaktycznych
	Brak wielu aktów prawnych regulujących funkcjonowanie ochrony zdrowia

III. CZĘŚĆ PLANISTYCZNA

1. Model systemu ochrony zdrowia

1.1 Organizacja systemu opieki zdrowotnej województwa zachodniopomorskiego

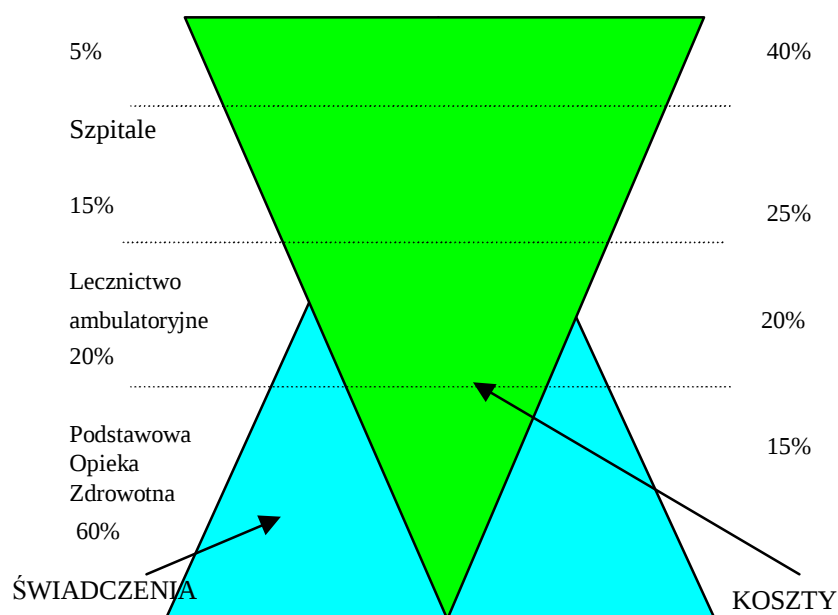
Nadrzędnym celem zmian w systemie ochrony zdrowia jest poprawa stanu zdrowia mieszkańców województwa zachodniopomorskiego.

Podstawowa opieka zdrowotna powinna stanowić silny fundament publicznego systemu ochrony zdrowia, zdolny zapewnić znaczący wpływ na poprawę stanu zdrowia ludności. Rozwiązania organizacyjne winny być zgodne z obowiązującymi rekomendacjami Światowej Organizacji Zdrowia:

- a) Zapewnienie ciągłej i wszechstronnej opieki podstawowej, zintegrowanej z innymi szczeblami opieki medycznej, jak i innymi służbami publicznymi,
- b) Zapewnienie wysokiej jakości opieki zgodnej z aktualnymi standardami postępowania medycznego,
- c) Zapewnienie opieki odpowiadającej na potrzeby jednostki, rodziny oraz społeczności lokalnej włączonej w proces kształtowania systemu podstawowej opieki zdrowotnej na własnym terenie,
- d) Zapewnienie opieki uwzględniającej oprócz działań leczniczych także działania z zakresu promocji zdrowia i prewencji chorób,
- e) Zapewnienie równego dostępu do świadczeń systemu ochrony zdrowia wszystkim mieszkańcom, niezależnie od ich statusu socjalnego i ekonomicznego,

- f) Zbliżenie miejsca udzielania świadczeń do miejsca zamieszkania pacjenta, a także przystosowanie rozwiązań organizacyjnych do jego potrzeb,
- g) Zwiększenie efektywności systemu ochrony zdrowia poprzez wdrożenie działań zmierzających do utrzymania kosztów na poziomie odpowiadającym możliwościom ekonomicznym nabywcy przy jednoczesnym zapewnieniu pożądanego standardu świadczeń.

Wykres Nr 10 Piramida świadczeń i kosztów



Nowy model opieki zdrowotnej winien charakteryzować się następującymi cechami:

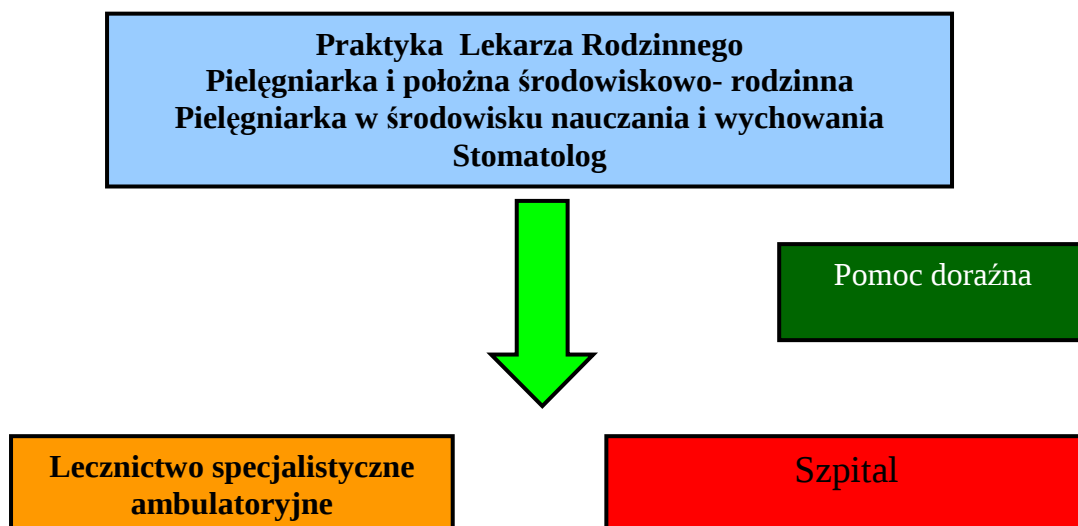
1. Priorytetowe traktowanie działań promujących zdrowie i zapobiegających chorobom,
2. Ciągła opieka nad obywatelami: tak w zdrowiu jak i w czasie choroby

3. Wszechstronna analiza problemów pacjenta i całościowe podejście do ich rozwiązania, z uwzględnieniem uwarunkowań psychologicznych, społecznych i ekonomicznych,
4. Kluczowa pozycja lekarza pierwszego kontaktu, pełniącego rolę koordynatora i integratora udzielanych świadczeń zdrowotnych,
5. Centralna rola pacjenta, którego potrzebom podporządkowane są rozwiązania organizacyjne zachodzące w systemie opieki zdrowotnej,
6. Dominacja małych, sprawnych organizacyjnie struktur, dobrze zorientowanych w potrzebach społeczności lokalnych, łatwo reagujących na ich zmiany,
7. Skoordynowana praca zespołu podstawowej opieki zdrowotnej,
8. Ścisłe związki z innymi sektorami służb publicznych, działających na poziomie społeczności lokalnej.

Podstawową opiekę zdrowotną definiuje się jako „ogół działań w miejscu lub w pobliżu miejsca zamieszkania obywatela (potencjalnego pacjenta) medycznych realizowanych przez lekarza rodzinnego, pielęgniarkę środowiskowo-rodzinną, położną środowiskowo-rodzinną, pielęgniarkę w środowisku nauczania i wychowania”.

Centralną rolę winien pełnić w niej lekarz rodzinny, który jest koordynatorem działań, odpowiedzialnym za współpracę zarówno z opieką zdrowotną specjalistyczną (otwartą i zamkniętą), jak i opieką społeczną.

Wykres Nr 11 Model systemu ochrony zdrowia



Świadczenia w obszarze pierwszego kontaktu pacjenta z systemem opieki zdrowotnej w modelu docelowym powinny być zabezpieczane przez lekarzy rodzinnych zgodnie z zakresem ich kompetencji.

W okresie przejściowym równoległe z praktykami lekarzy rodzinnych w podstawowej opiece zdrowotnej funkcjonować będą inni lekarze pierwszego kontaktu – lekarze ogólni, interniści i pediatrzy.

Jako warunki minimalne, uprawniające do prowadzenia praktyki lekarza rodzinnego należy uznać:

1. Posiadanie specjalizacji w zakresie : medycyny rodzinnej, medycyny ogólnej, chorób wewnętrznych, pediatrii.
2. Sprawowanie opieki nad populacją do **2.500** osób. Dolna granica nie podlega sztywnej regulacji. Nie powinno to być jednak mniej niż 1500 podopiecznych.
3. Dopuszcza się zwiększenie liczby podopiecznych do 3200, z możliwością zatrudnienia dodatkowego lekarza i pielęgniarki.

Jako warunki minimalne, uprawniające do udzielania świadczeń z zakresu pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego należy uznać:

1. Mgr pielęgniarstwa lub pielęgniarkę
2. Posiadanie specjalizacji lub kursu kwalifikacyjnego z zakresu pielęgniarstwa środowiskowo – rodzinnego
3. Sprawowanie opieki nad populacją do **2.500** osób.

Natomiast dla położnictwa środowiskowo-rodzinnego należy uznać:

1. Mgr pielęgniarstwa posiadającego dyplom położnej lub położna
2. Posiadanie specjalizacji lub kursu kwalifikacyjnego z zakresu położnictwa środowiskowo – rodzinnego.
3. Sprawowanie opieki nad populacją do **5.000** kobiet powyżej 13 r.ż

Minimalną dostępność do świadczeń określa się udzielaniem świadczeń w godzinach 8.00 – 18.00 od poniedziałku do piątku oraz w godzinach 8.00 – 14.00 w soboty w miejscu wykonywania praktyki i poprzez świadczenie wizyt domowych.

W zakresie opieki całodobowej przewiduje się poradę ambulatoryjną i wizytę domową lekarza w zachorowaniach nagłych nie zagrażających życiu w godzinach od 18 00 do 8 00 w dni powszednie oraz całodobowo w soboty, niedziele, święta i inne dni ustawowo wolne od pracy.

Świadczenia te mogą być realizowane w systemie rotacyjnych dyżurów z innymi lekarzami dla łącznej populacji nie przekraczającej 20 tysięcy podopiecznych.

Docelowo przyjmuje się wielkość populacji podopiecznych na 1 pielęgniarkę w miejscu nauczania i wychowania – 800 uczniów.

Ważnym aspektem funkcjonowania opieki zdrowotnej w tym zakresie jest współdziałanie Podstawowej Opieki Zdrowotnej z innymi szczeblami opieki zdrowotnej:

- a) Lekarz rodzinny winien być koordynatorem opieki co w aspekcie ekonomicznym pozwoli na racjonalizację wydatków,

- b) Lekarze specjaliści winni przejąć funkcje konsultantów, wspierających lekarzy rodzinnych. Sprawne funkcjonowanie podstawowej opieki zdrowotnej zależy od zreorganizowanego leczenia specjalistycznego działającego w systemie otwartym,
- c) Lecznictwo ambulatoryjne specjalistyczne winno być zintegrowane z leczeniem szpitalnym,
- d) Pomoc doraźna ograniczona do udzielania świadczeń zdrowotnych w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia powodujących zagrożenie życia.

Współdziałanie jednostek samorządu terytorialnego w realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia:

- a) Zadania samorządu terytorialnego różnego szczebla w zakresie ochrony zdrowia wynikają z kompetencji przypisanych przez reformę ustrojową państwa.
- b) Jednostka samorządu terytorialnego realizuje zadania wynikające z ustaw:
 - o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym,
 - o zwalczaniu gruźlicy,
 - o zwalczaniu chorób zakaźnych,
 - o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi,
 - o ochronie zdrowia psychicznego,
 - o przeciwdziałaniu narkomanii,
 - o służbie medycyny pracy,
 - o zakładach opieki zdrowotnej
 - państwowym ratownictwie medycznym.
- c) Tworząc plan szczegółowych zadań samorząd terytorialny kreuje i wdraża konkretną politykę zdrowotną na swoim terenie,
- d) Współfinansowanie zadań z zakresu Medycyny Szkolnej przy współpracy z zespołem Praktyki Lekarza Rodzinnego przez samorząd lokalny na poziomie gminy,
- e) Organizowanie i wspieranie działań profilaktycznych i promujących zdrowie,
- f) Konieczne ustalenie roli w zakresie koordynacji zadań Samorządu Województwa.

1.2 Regionalny Program Restrukturyzacji ochrony zdrowia

1.2.1 Cele restrukturyzacji

Zgodnie z zatwierdzonym przez Ministerstwo Zdrowia „Programem Restrukturyzacji w Ochronie Zdrowia w roku 2001, kontynuacja programu z roku 1999 i 2000” rozpoczęty został proces tworzenia Regionalnych Programów Restrukturyzacji w ochronie zdrowia w roku 2001, programów obejmujących jednostki z terenu województwa zachodniopomorskiego.

Regionalny Komitet Sterujący powołano Uchwałą 141/2000 Zarządu Województwa Zachodniopomorskiego z dnia 4 maja 2000 roku. Ministerstwo Zdrowia w przetargu publicznym wyłoniło Regionalną Grupę Wsparcia dla województwa zachodniopomorskiego tj. Zakład Usług Konsultingowych KNOW-HOW ze Szczecina.

Regionalny Komitet Sterujący za najważniejsze zadania uznał :

- restrukturyzację zatrudnienia,
- zmiany organizacyjne w restrukturyzujących się jednostkach, restrukturyzacja łóżek szpitalnych,
- zakupy inwestycyjne, modernizacje oraz inwestycje,

W roku 2001 Regionalny Komitet Sterujący przyjął za priorytet kontynuację Uchwały Nr 1/2000 RKS to jest :

- zakończenie programu kardiochirurgicznego,
- uruchamianie i doposażenie Oddziałów Ratownictwa Medycznego,
- przekształcenie łóżek krótkoterminowych w łóżka opieki długoterminowej i opieki psychiatrycznej.

Większość zadań przyjętych do realizacji przez Regionalny Komitet Sterujący w 2001 roku wymagać będzie ich kontynuowania w latach następnych. Do zakończenia realizacji zadań w latach późniejszych konieczne będzie wsparcie finansowe z budżetu państwa, jak również ze strony samorządów lokalnych.

1.2.2 Zadania restrukturyzacji

Zgodnie z zapotrzebowaniem w województwie konieczne jest :

1. Tworzenie **zakładów / oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych,**
2. Zorganizowanie sieci oddziałów opieki **paliatywnej,**
3. Zwiększenie łóżek **onkologicznych,**
4. Zwiększenie liczby łóżek w oddziałach **psychiatrycznych** w szpitalach ogólnych oraz oddziałów rehabilitacji psychiatrycznej,
5. Tworzenie **oddziałów dziennych** w zakresie chirurgii, diagnostyki, chemioterapii i psychiatrii,
6. Równomierne rozmieszczenie sieci poradni specjalistycznych.

Cele przekształceń przyjętych w Programie Restrukturyzacji w roku 2001:

DLA LECZNICTWA PODSTAWOWEGO:

Pozytywne wiązanie zespołu leczącego z powierzoną mu populacją.

DLA LECZNICTWA SPECJALISTYCZNEGO:

Umożliwienie dostępu pacjentom kierowanym do specjalisty pełnych możliwości diagnostyczno-leczniczych danych specjalności.

DLA LECZNICTWA SZPITALNEGO:

Zagwarantowanie dostępności pacjentom do najlepszych placówek na odpowiednim poziomie referencyjnym.

DLA SYSTEMU RATOWNICTWA:

Zmniejszenie śmiertelności w wypadkach i nagłych zachorowaniach.

DLA OPIEKI STOMATOLOGICZNEJ:

Poprawa poziomu opieki stomatologicznej

DLA PROFILAKTYKI ZDROWOTNEJ I PROMOCJI ZDROWIA:

Tworzenie warunków do kształtowania zdrowego stylu życia i zapobiegania chorobom mieszkańcom województwa.

1.2.3 Kierunki restrukturyzacji

Główne kierunki restrukturyzacji:

- przekształcenie łóżek opieki krótkoterminowej na łóżka opieki długoterminowej, uznając za podstawę tych zmian wskaźniki kierunkowe opracowane przez Centrum Organizacji i Ekonomiki Służby Zdrowia w Warszawie,
- dla Miasta Szczecina – w związku z brakiem koordynacji rozwoju szpitalnictwa na poziomie wysokospecjalistycznym Regionalny Komitet Sterujący uznał, że sytuacja wymaga administracyjnej integracji ukierunkowanej na uzgodnienie podziału funkcji medycznych pomiędzy rywalizującymi szpitalami oraz stworzenie pełnoprofilowego szpitala „ostrego” w prawobrzeżnej części Szczecina,
- za podstawę planowania sieci szpitali w województwie przyjęto sieć szpitali włączonych do systemu oddziałów ratownictwa medycznego,
- zapewnienie dostępności do opieki stacjonarnej w oddziałach chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, ginekologiczno - położniczych, dziecięcych oraz długiego pobytu w promieniu **około 30 km** od miejsca zamieszkania potencjalnego pacjenta,
- konieczność wprowadzenia pojęcia szpitali subregionalnych i wyrównywania dostępności do stacjonarnej opieki, diagnostyki wysokospecjalistycznej (II i III poziomu referencyjnego) w oznaczonych subregionach województwa zachodniopomorskiego,
- dostępność do diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej oraz oddziałów dziennej chirurgii **w promieniu około 25 km** od miejsca zamieszkania,
- zabezpieczenie opieki medycznej dla populacji 30-40 tys. osób realizowane byłoby w Centrach Zdrowia (dzienna chirurgia i obserwacja, diagnostyka laboratoryjna z dostępnością do badań bakteriologicznych , RTG, USG oraz oferta w zakresie rehabilitacji, położnictwa (porody fizjologiczne) szerokiego zakresu specjalistyki ambulatoryjnej). Jeżeli pozwoliłyby na to warunki lokalowe (np. istniejąca baza po zrestrukturyzowanych lub zlikwidowanych szpitalach) w Centrach Zdrowia powinny znaleźć się oddziały opieki przewlekłej, rehabilitacyjne oraz psychiatryczne dla osób uzależnionych.

1.2.4 Restrukturyzacja zatrudnienia w służbie zdrowia

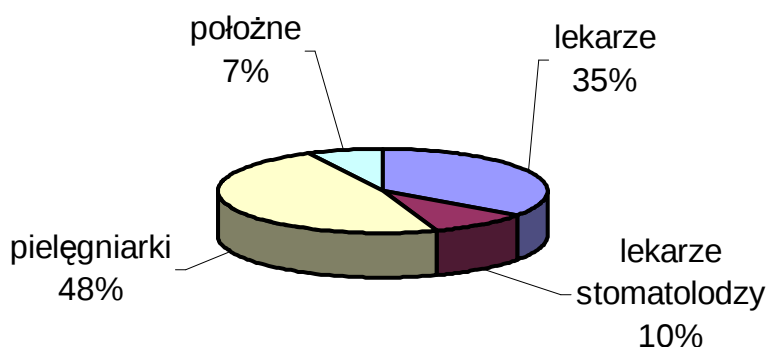
Najbardziej kontrowersyjnym efektem prowadzonych działań w ramach Regionalnego Programu Sterującego w jednostkach służby zdrowia jest restrukturyzacja zatrudnienia.

Zmieniająca się rzeczywistość skłoniła zarządzających jednostkami służby zdrowia do podjęcia działań mających na celu dostosowanie rzeczywistej liczby zatrudnionych do potrzeb jednostki i jej możliwości finansowych.

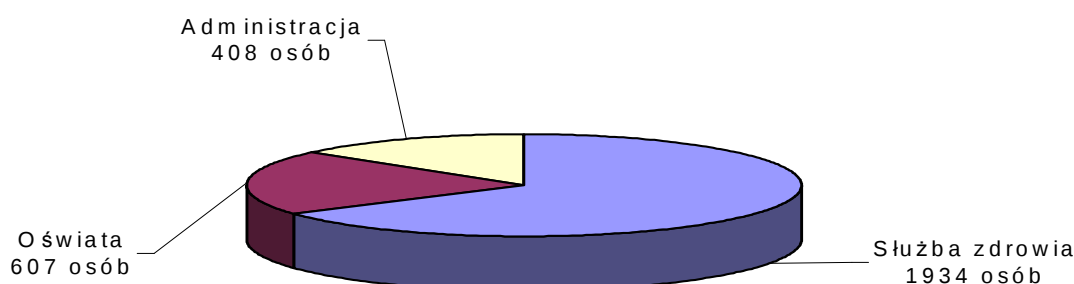
Dostosowanie zatrudnienia do rzeczywistości rynkowej wymusiło w wielu jednostkach przeprowadzenia restrukturyzacji zatrudnienia, przybierające w wielu przypadkach postać zwolnień pracowniczych, w tym również zwolnień grupowych.

W okresie pogłębiającego się bezrobocia w województwie zachodniopomorskim konsekwencja tych działań stanowi poważny problem.

Wykres Nr 12 Stan zatrudnienia w poszczególnych medycznych grupach zawodowych (stan na 31 grudnia 1999 r.)



Wykres Nr 13 Osoby zwalniane z pracy w związku z wprowadzeniem reform społecznych w 2001 r.

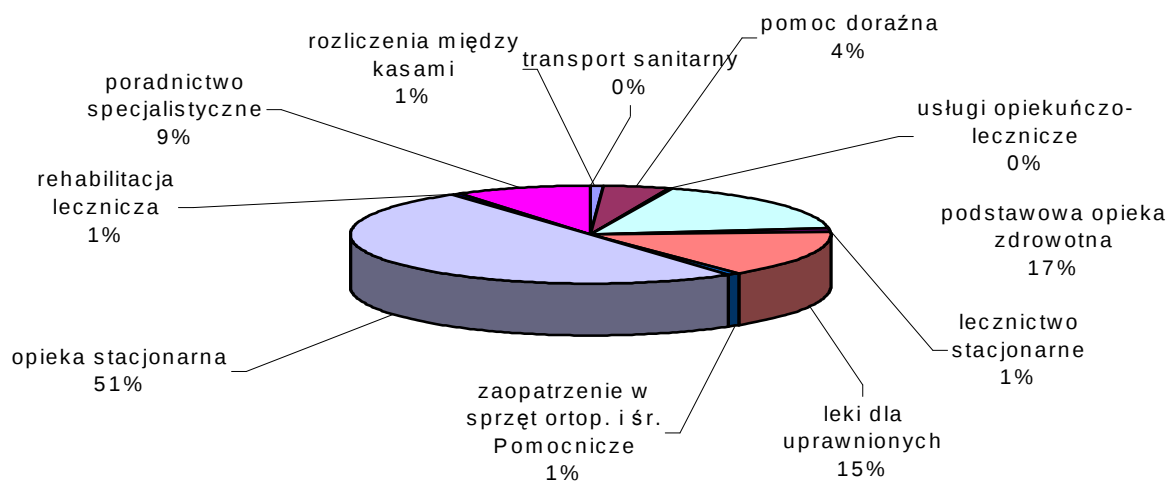


1.3 Regionalne Kasy Chorych jako element systemu ochrony zdrowia

Głównym założeniem reformy służby zdrowia jest wykreowanie rzeczywistej konkurencji na rynku usług medycznych oraz rozdzielenie funkcji płatnika i świadczeniodawcy. Dotychczas administracja pełniła funkcję zarówno właściciela, jak i płatnika - po reformie funkcję płatnika przejęły Regionalne Kasy Chorych.

Zadaniem Kas Chorych jest realizowanie podstawowych uprawnień obywateli Rzeczypospolitej Polskiej, a mianowicie : zabezpieczanie świadczeń służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, udzielanych w przypadku choroby, urazu, ciąży, porodu i położu oraz w celu zapobiegania chorobom i promocji zdrowia.

Wykres Nr 14 Plan finansowy kas chorych - przykładowy rozkład kosztów świadczeń zdrowotnych w 2000 roku*



Źródło: Zdrowie i Zarządzanie, tom III, nr 1/2000, str. 53

Tabela Nr 22 Plan finansowy Zachodniopomorskiej Regionalnej Kasy Chorych na rok 2001 (koszty w tys. zł)

Pozycja	Wykonanie 1999	plan 2000	plan 2001
Podstawowa opieka zdrowotna	104 416,84	107 977,87	147 000,00
Leczenie stomatologiczne	27 798,67	31 500,00	35 714,11
Poradnictwo specjalistyczne	52 751,17	65 719,92	54 853,67
Leczenie szpitalne	420 029,05	380 091,28	382 077,47
Pomoc doraźna	38 546,38	32 460,94	32 042,58
Lecznictwo uzdrowiskowe	10 981,56	12 300,00	12 900,00
Świadczenia opiekuńczo-lecznicze, pielęgnacyjno-opiekuńcze i opieka paliatywno-hospicyjna	3 688,77	6 250,00	7 796,48

Refundacja leków	135 322,76	178 000,00	180 062,15
Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne	6 723,83	12 240,40	10 168,18
Rehabilitacja lecznicza	7 720,34	4 896,16	9 369,99
Wysokospecjalistyczne świadczenia diagnostyczne i lecznicze	0,00	2 448,08	22 212,45
Koszty programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej finansowane ze środków Kasy Chorych	0,00	2 125,05	4 500,00
Koszty innych świadczeń zdrowotnych	8 750,98	8 160,27	2 000,00

Przyjęty przez ZRKCh plan finansowy zatwierdzony przez Radę Kasy i Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych odbiega w znacznym stopniu od trendów krajowych.

Stwierdzić należy, że globalnie suma środków finansowych w Kasach Chorych oraz decyzje podejmowane często bez właściwej konsultacji przez Zarządy Kas spowodują wiele niedoborów w zakresie świadczeń medycznych.

Utworzenie 16 Kas Regionalnych oraz jednej Branżowej oraz przyznanie im bardzo dużej niezależności od Ministerstwa Zdrowia jak i Samorządu Wojewódzkiego spowodowało, że kreowana przez nie polityka zdrowotna jest niedostosowana w znaczącym stopniu do potrzeb zdrowotnych.

W świetle tych faktów Samorząd Województwa jak i samorządy zawodowe pozbawione zostały instrumentu, który mógłby być wykorzystany do koordynacji zadań w ochronie zdrowia. Zgoda na wprowadzenie limitu świadczeń ograniczyła dostępność do

świadczeń medycznych pogłębioną przez brak jasno określonych zasad kontraktowania usług medycznych.

W związku z powyższym zasady funkcjonowania Kasy Chorych, organizacji oraz instytucji współdziałających w ochronie zdrowia wymagają określonych działań :

1. Kasa nie może być jedynym organem kreującym politykę zdrowotną. W tym zakresie konieczna jest merytoryczna i formalna ścisła współpraca z instytucjami mającymi właściwą wiedzę i kompetencje w zakresie realizacji polityki zdrowotnej tj. samorządy terytorialne, samorządy zawodowe, konsultanci wojewódzcy,
2. Konieczne jest wnikliwe monitorowanie potrzeb zdrowotnych ludności województwa zachodniopomorskiego, oraz stopnia zabezpieczenia opieki zdrowotnej w jej wszystkich aspektach,
3. Sposób prowadzenia konkursów na świadczenia medyczne i zawieranie kontraktów przez kasy chorych wymaga opracowania czytelnych zasad oraz zrównania wszystkich podmiotów funkcjonujących na rynku usług medycznych,
4. Należy opracować wspólnie z organami tworzącymi dla zakładów opieki zdrowotnej oraz samorządami zawodowymi sieć szpitali w województwie oraz plan zabezpieczenia specjalistycznej opieki ambulatoryjnej,
5. Konieczne jest ustanowienie systemu przekazywania informacji, współdziałania oraz kontroli poziomu i jakości realizowania świadczeń zdrowotnych w publicznych jak i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej,
6. Należy podjąć ścisłą współpracę wszystkich organizatorów ochrony zdrowia w realizacji promocji i profilaktyki zdrowia, którego koordynatorem winien być Samorząd Województwa.

1.4 Prawa pacjenta

Prawa pacjentów formułowane są od dawna na całym świecie w celu uregulowania sytuacji w jakich znajdują się chorzy podczas diagnozowania, leczenia i rehabilitacji w zakładach opieki zdrowotnej. Dotychczasowe zapisy legislacyjne dotyczące tej sfery prawa wywodzą się z trzech obszarów myśli społecznej; pierwszy wywodzi się z realizacji **praw**

człowieka w trakcie leczenia, drugi związany jest z dynamicznym rozwojem **ruchu konsumenckiego** w zakresie usług medycznych, a trzeci łączy prawa pacjenta z **prawami obywatelskimi**.

Najważniejszym i najistotniejszym problemem tego programu jest połączenie praw pacjenta z zagadnieniami etyki i deontologii oraz związanych z tym, problemami wynikłymi z postępu technicznego w medycynie.

Aby realizować cel ochrony praw pacjenta, założono przede wszystkim równy i zależny tylko od potrzeb zdrowotnych dostęp do świadczeń medycznych oraz sprawiedliwość w ochronie zdrowia polegającej na równości w częstości i jakości korzystania z usług medycznych. Niezbymalnym prawem każdego pacjenta jest:

1. Wolny wybór lekarza, pielęgniarzki i położnej,
2. Zgoda na leczenie,
3. Poszanowanie prywatnego charakteru informacji medycznej i osobistej,
4. Prawo do umierania w godności.

Częstkowo, wzajemne relacje pacjent – pracownik służby zdrowia regulują kodeksy etyki opracowane przez samorządy zawodowe lekarzy oraz pielęgniarzek i położnych oraz regulaminy wewnętrzne jednostek, uszczegóławiające raczej obowiązki pacjenta niż jego prawa.

Z aktów prawnych wyższego rzędu w pewnym zakresie, prawa i obowiązki obu stron reguluje:

- Konstytucja,
- ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych,
- rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 grudnia 1992 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania,
- ustawa z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

Także, w pewnym stopniu:

- ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (z póź. zm.).

Szczególnie ważnym aktem prawnym regulującym prawa pacjentów jest:

- ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (z póź. zm.)

Wzmocnieniu ochrony praw pacjentów służyć powinno powołanie **Rzeczników Praw Pacjenta**, obecnie tymczasowo działających przy kasach chorych.

Dla podniesienia ich rangi i konieczności uzbrojenia w instrumenty prawne umożliwiające kontrolę i wpływanie na właściwe instytucje, w celu realizacji praw chorych, niezbędne jest usytuowanie Rzecznika w strukturze administracji samorządu wojewódzkiego.

Samorząd terytorialny, zwłaszcza samorząd województwa jako nadzorujący działalność kas chorych powinien również nadzorować czy są przestrzegane prawa pacjenta. Zarówno kasy chorych jak i samorządy zawodowe, choć mające spore doświadczenie w tej dziedzinie, mogą być posądzane o brak obiektywizmu, broniąc interesu swojej firmy czy racji swoich członków.

Roszczenia pacjenta wobec służby zdrowia obecnie są kierowane do ww. rzecznika praw pacjenta, rzeczników odpowiedzialności zawodowej usytuowanych przy samorządach zawodowych bądź - sądów powszechnych. Stale rośnie liczba spraw skierowanych przeciw jednostkom i pracownikom ochrony zdrowia, co wynika z coraz bardziej pod względem prawnym świadomego społeczeństwa oraz roszczeniowo nastawionych pacjentów.

Ponadto, powszechne jest, że firmy ubezpieczeniowe zbierając informacje o stanie zdrowia i zachorowaniach w rodzinie w celu identyfikacji osób o różnym ryzyku zachorowania nie realizują podstawowych praw obywateli w zakresie praw pacjenta.

Powołanie rzecznika praw pacjenta będzie pomocne przy opracowaniu koszyka świadczeń gwarantowanych finansowanych przez kasę chorych, oraz innych, ponadstandardowych, częściowo lub w całości pokrywanych przez pacjentów.

Koszyk świadczeń winien być wypadkową potrzeb zdrowotnych ludności (wnioski z monitoringu stanu epidemiologicznego województwa) oraz możliwości finansowych Kasy Chorych.

Wypracowany, optymalny model praw pacjenta zawierać powinien spełniać, również i inne zadania:

- uaktualnienie regulaminów wewnętrznych jednostek, dostosowujące te dokumenty do Karty Praw Pacjenta i innych aktów prawnych dotyczących tego tematu,
- upowszechnianie w każdym zakładzie opieki zdrowotnej województwa Karty Praw Pacjenta w celu zaznajomienia się pacjentów z przysługującymi im prawami,

- zapoznanie wszystkich pracowników zakładów mających kontakt z pacjentami z tymi zapisami prawnymi i ich interpretacją,
- bezwzględnie przestrzeganie przez personel zakładów opieki zdrowotnej zapisów Karty Praw Pacjenta oraz stwarzanie atmosfery podkreślającej prawa pacjentów.

Model Deklaracji Praw Pacjenta Światowej Organizacji Zdrowia z 1994 r.

określa, jako wytyczne do stosowania w poszczególnych państwach, że każdy ma prawo do:

- *poszanowania swojej osoby jako osoby ludzkiej*
- *samodecydowania (do informacji o stanie zdrowia i proponowanych procedurach medycznych wraz z ich ryzykiem i przewidywaną korzyścią, do decydowania o zgodzie lub odmowie na działania medyczne)*
- *poszanowania integralności fizycznej i psychicznej oraz poczucia bezpieczeństwa swojej osoby*
- *poszanowania swojej prywatności - wszelkie informacje natury osobistej muszą pozostać poufne nawet po śmierci*
- *poszanowania wyznawanych wartości moralnych i kulturalnych oraz przekonań religijnych i filozoficznych*
- *ochrony zdrowia na poziomie jaki zapewniają w dziedzinie profilaktyki i opieki zdrowotnej, prewencji i diagnostyki leczniczej, pielęgnacji i rehabilitacji*
- *ulgi w cierpieniach w stopniu na jaki pozwala stan wiedzy, ludzkiego traktowania w stanie terminalnym oraz godnej śmierci*

1.5 Uzdrowiska

Leczenie uzdrowiskowe, jest kontynuacją procesu leczenia i rehabilitacji stacjonarnej bądź ambulatoryjnej we wszystkich przypadkach wymagających dalszego usprawniania. Głównym zadaniem lecznictwa uzdrowiskowego jest skracanie okresu zdrowienia, przystosowanie pacjentów do czynnego życia, utrzymanie zdolności do pracy i utrwalenie optymalnego stanu zdrowia. Jest to dopełnienie i wzmocnienie leczenia prowadzone metodami naturalnymi poprzez pobudzenie istniejących rezerw wydolności i zwiększenie sił obronnych, efektem jest przyśpieszenie procesu zdrowienia.

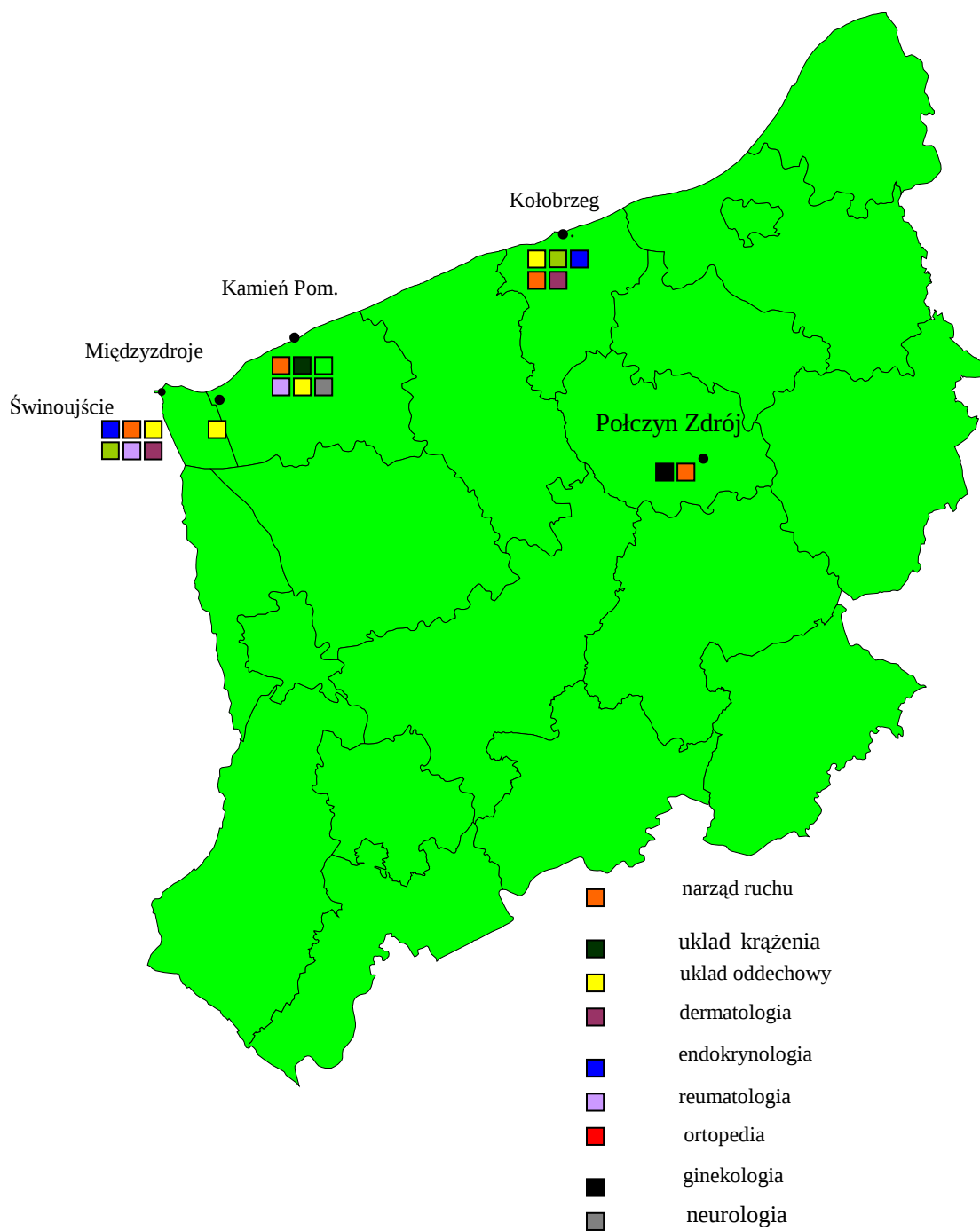
Korzystne wyniki leczenia sanatoryjnego można przedstawić w kategoriach ekonomicznych, biorąc pod uwagę absencję chorobową, wydajność pracy, ograniczenie wypłat zasiłków chorobowych, zmniejszenie liczby wypłacanych rent, malejącą liczbę inwalidów czy zmniejszanie kosztów leczenia w specjalistycznych zakładach stacjonarnych czy ambulatoryjnych w miejscu zamieszkania.

W Polsce, w odniesieniu do tej formy leczenia zmienił się organ założycielski Państwowych Przedsiębiorstw Uzdrowiskowych z Ministerstwa Zdrowia na Ministerstwo Skarbu Państwa. Dokonała się również komercjalizacja Państwowych Przedsiębiorstw Uzdrowiskowych w kierunku utworzenia jednoosobowych spółek Skarbu Państwa. Finansowanie lecznictwa przejęły Kasy Chorych, a warunkiem finansowania zakładu lecznictwa uzdrowiskowego jest uzyskanie statusu zakładu opieki zdrowotnej. Finansowaniu jednak podlegają tylko zakontraktowane świadczenia lecznictwa uzdrowiskowego, a nie posiadane zasoby.

Odpłatność pacjenta za pobyt w sanatoriach uzdrowiskowych obejmuje częściową odpłatność za wyżywienie i zakwaterowanie, co reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 r., gdzie wysokość opłaty uzależnia się od standardu pokoju oraz sezonu. Pobyty w szpitalach uzdrowiskowych oraz pobyty dzieci są bezpłatne.

Podkreślić należy, że w żadnym z krajów europejskich lecznictwo uzdrowiskowe nie jest finansowane tylko przez państwo lub system ubezpieczeń. W wielu krajach panuje tendencja do zwiększania własnego udziału finansowego pacjentów leczonych w uzdrowiskach.

Mapa Nr 7 Lokalizacja uzdrowisk w województwie zachodniopomorskim wraz z profilami schorzeń



Ogółem województwo zachodniopomorskie stanowi jeden z większych ośrodków w kraju koncentracji bazy łóżkowej (ogółem 9 666 łóżek). Pod względem liczby posiadanych łóżek największym uzdrowiskiem jest Kołobrzeg: 6 598 łóżek.

W podziale na rodzaje zakładów lecznictwa uzdrowiskowego stacjonarnego w naszym województwie znajduje się **12 szpitali uzdrowiskowych oraz 33 sanatoria uzdrowiskowe**. Ponadto w naszym województwie funkcjonuje 7 zakładów przyrodolecznich oraz 5 przychodni uzdrowiskowych.

Zaplecze województwa zachodniopomorskiego w tym zakresie obejmuje również zakładowe domy wczasowe, niepubliczne zakłady lecznictwa uzdrowiskowego oraz prywatną bazę łóżkową stwarzającą duże możliwości co do rozwoju lecznictwa klimatycznego. Rozwijanie tych form leży w kompetencjach samorządów lokalnych.

Zadania

1. Należy wszcząć procesy integracyjne uzdrowisk z systemem opieki zdrowotnej i odejść od dotychczasowego trybu kwalifikowania do leczenia uzdrowiskowego, polegającym na potrzebie każdorazowego potwierdzania skierowania przez Kasę Chorych.
2. Kierowanie pacjentów na leczenie winno następować bezpośrednio ze szpitala (krótkoterminowego) do szpitala uzdrowiskowego (średnioterminowego). Ponadto postulowane jest odstąpienie od turnusowego charakteru leczenia uzdrowiskowego na rzecz leczenia uzależnionego od stanu zdrowia pacjenta i efektów rehabilitacji (z określeniem wskaźników średniego pobytu).
3. O kolejności leczenia winna decydować potrzeba zdrowotna a nie kolejność złożenia wniosku o leczenie uzdrowiskowe, w szczególności dotyczy to rehabilitacji poszpitalnej.
4. Odejście od limitowania zabiegów dla poszczególnych pacjentów, a uzależnienie ich jedynie od intensyfikacji procesu rehabilitacji i od aktualnego stanu zdrowia.

1.6 Współpraca zagraniczna

W procesie nawiązywania współpracy zagranicznej istotne znaczenie ma przygraniczne położenie województwa zachodniopomorskiego i przyszłe członkostwo Polski w Unii Europejskiej.

Kształtowanie współpracy zagranicznej województwa w zakresie ochrony zdrowia opiera się zarówno na potrzebach i doświadczeniach własnych, jak również na porozumieniach międzynarodowych oraz kierunkach krajowej i wojewódzkiej polityki zagranicznej.

W najbliższych latach zakłada się rozwijanie współpracy z przygranicznymi Landami Niemiec, najbliższymi regionami Szwecji i Danii. Nawiązanie współpracy z innymi krajami może być podjęte przy wzajemnym zainteresowaniu określoną tematyką w zakresie ochrony zdrowia.

1.6.1 Współpraca z przygranicznymi Landami Niemiec

Współpraca z przygranicznymi Landami Niemiec jest konieczna ze względu na wspólne problemy, a przede wszystkim potrzebę integracji i wymiany doświadczeń.

Z dotychczasowych kontaktów sąsiedzkich wynika potrzeba dalszej współpracy z Krajami Związkowymi: Brandenburgia i Meklemburgia Pomorze Przednie.

A. Współpraca z Landem Brandenburgia

Przygraniczne położenie Landu Brandenburgia przyczynia się do powstawania zarówno kontaktów formalnych, jak i ścisłych więzi nieformalnych. Podstawą zainteresowań jest tematyka związana z wymianą doświadczeń dotyczących organizacji i funkcjonowaniu opieki zdrowotnej po obu stronach granicy.

Współpraca przebiegać winna między politykami ochrony zdrowia Landu Brandenburgia i Województwa Zachodniopomorskiego oraz między jednostkami opieki zdrowotnej.

Kierunki dalszej współpracy opierają się na zadeklarowanej chęci podpisania porozumienia określającego zasady współpracy w zakresie ochrony zdrowia między stronami, wyrażonej w liście intencyjnym podpisanym w 2000 roku.

Określono następujące obszary i formy współpracy:

1. Zakres i sposób kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez Kasy Chorych,
2. Profilaktyka i leczenie uzależnień,
3. Funkcjonowanie lecznictwa szpitalnego,
4. Organizacja ratownictwa medycznego,
5. Funkcjonowanie opieki psychiatrycznej,
6. Profilaktyka rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych.

Szczególną uwagę należy poświęcić zabezpieczeniu potrzeb w zakresie ratownictwa medycznego w pasie przygranicznym oraz stworzeniu możliwości wzajemnego świadczenia usług medycznych.

B. Współpraca z Landem Meklemburgia Pomorze Przednie

Wstępna wymiana doświadczeń i informacji oraz dyskusja na temat ubezpieczeń zdrowotnych, struktury rynku opieki zdrowotnej w aspekcie rozszerzenia Unii Europejskiej oraz ponadgranicznych usług medycznych odbyła się podczas konferencji pn. „Perspektywy w stosunkach polsko – niemieckich w służbie zdrowia”, która odbyła się w 1999 roku w Pasewalku. W roku 2001 roku odbyły się spotkania parlamentarzystów Kraju Związkowego Meklemburgia Pomorze Przednie i Województwa Zachodniopomorskiego.

Dalsza współpraca jest potrzebna ze względu na wspólne problemy związane z przygranicznym położeniem naszych regionów i winna być organizowana tak jak w Landzie Brandenburgia.

Podpisane przez Województwo Zachodniopomorskie wspólne oświadczenie z dnia 18 czerwca 2000 r. umożliwia podpisywanie umów w zakresie poszczególnych dziedzin opieki zdrowotnej. Podpisanie takich umów winno nastąpić nie później niż w I połowie 2002 r.

1.6.2 Współpraca z Regionem Skania w Szwecji

Współpraca ze Szwecją jest oparta o rozpoczęty proces integracji państw położonych w basenie Morza Bałtyckiego. Współpraca naszych krajów jest coraz ważniejsza dla rozwoju już nawiązanych kontaktów i możliwości wymiany doświadczeń w zakresie funkcjonowania opieki zdrowotnej. Podstawą do kontynuowania współpracy jest umowa zawarta między Województwem Zachodniopomorskim a Regionem Skania w maju 1999 roku, w której jedną z dziedzin współpracy jest ochrona zdrowia.

Jednym z ważnych kierunków współpracy jest wymiana doświadczeń w zakresie nowoczesnych rozwiązań w opiece zdrowotnej.

Propozycje tematów do współpracy:

1. Wymiana informacji i doświadczeń w zakresie organizacji, funkcjonowania i finansowania ochrony zdrowia między organizatorami opieki zdrowotnej na szczeblu wojewódzkim i powiatowym,
2. Systematyczne, naprzemienne organizowanie konferencji naukowych na tematy wspólnie określone,
3. Sposób kontraktowania usług medycznych przez kasy chorych,
4. Obowiązki samorządów terytorialnych w zakresie ochrony i profilaktyki zdrowia,
5. Wzajemna wymiana doświadczeń zawodowych poprzez odbywanie staży pracowników medycznych w placówkach opieki zdrowotnej,
6. Współpraca placówek opieki zdrowotnej według własnych, odrębnych planów,
7. Zatrudnienie pracowników służby zdrowia zgodnie z obowiązującymi oba kraje umowami.

1.6.3 Współpraca z Danią

Dania ze względu na swoje położenie w basenie Morza Bałtyckiego, które jest czynnikiem integrującym tą część Europy jest krajem ważnym partnerem dla województwa zachodniopomorskiego do współpracy zagranicznej. Nawiązane kontakty pozwolą na wykorzystanie dużych doświadczeń i osiągnięć ochrony zdrowia Danii.

Proponowane dziedziny współpracy:

1. Organizacja i zasady finansowania ochrony zdrowia,
2. Odbywanie wzajemnych staży personelu medycznego,
3. Obowiązki samorządów terytorialnych w zakresie ochrony i profilaktyki zdrowia,
4. Metody profilaktyki, terapii i rehabilitacja osób uzależnionych,
5. Współpraca placówek opieki zdrowotnej w określonych wzajemnie dziedzinach medycyny,
6. Lecznictwo psychiatryczne ze szczególnym uwzględnieniem psychiatrii środowiskowej.

Rozwój współpracy w dziedzinie psychiatrii wyrażono Listem Intencyjnym, który został podpisany w dniu 24 listopada 2000 r. między Województwem Zachodniopomorskim, Miastem Szczecin i Województwem Fionii w Danii. Strony zadeklarowały chęć podpisania w najbliższej przyszłości porozumienia określającego zasady współpracy obejmującej wymianę doświadczeń, podnoszenie wiedzy, organizowanie szkoleń i konferencji oraz tworzenie wspólnych projektów w zakresie psychiatrii środowiskowej z wykorzystaniem europejskich funduszy pomocowych.

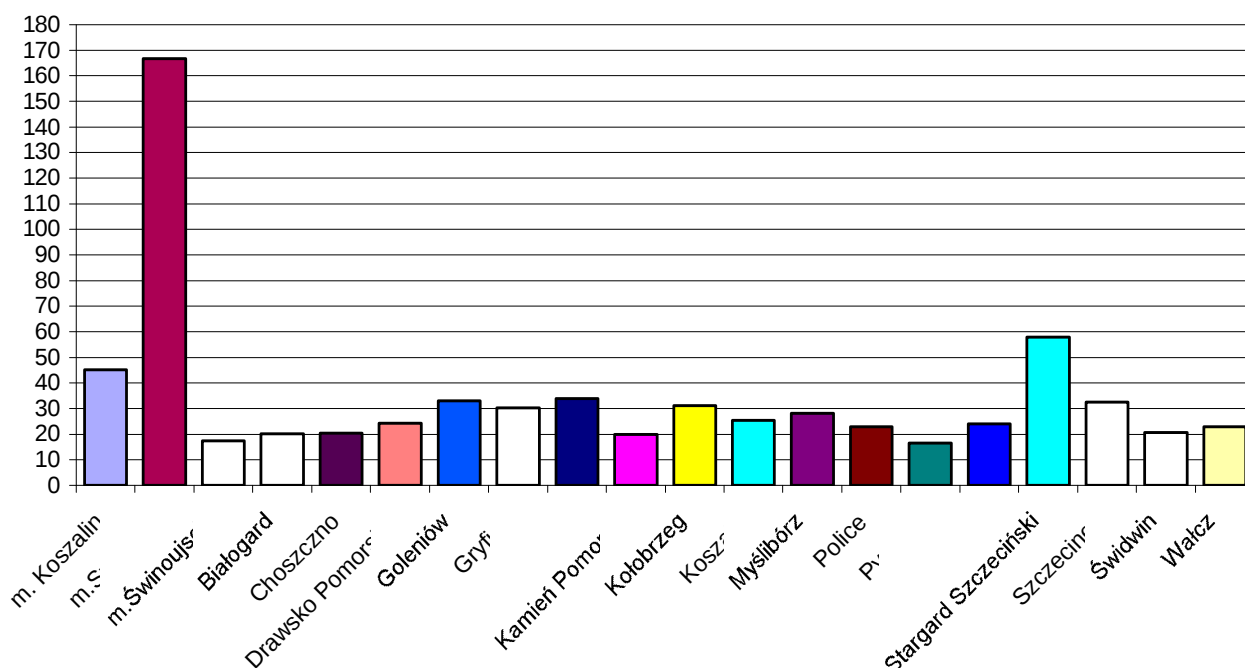
2. Zarządzanie jakością opieki medycznej

2.1 Organizacja systemu podstawowej opieki medycznej poprzez wzmocnienie instytucji lekarza rodzinnego

- e) Opracowanie planu rozmieszczenia praktyk Lekarza Rodzinnego, uwzględniający kryteria dostępności mieszkańców zamieszkujących teren gminy.

Poniższy wykres przedstawia docelową liczbę praktyk Lekarza Rodzinnego w oparciu o wielkość populacji na terenie powiatu.

Wykres Nr 15 Docelowa liczba praktyk Lekarza Rodzinnego



Na terenie każdej gminy powinna funkcjonować co najmniej jedna praktyka lekarza podstawowej opieki zdrowotnej zapewniająca minimalną ofertę (porada lekarska, opieka pielęgniarstwa, w tym pielęgniarki i położne środowiskowo - rodzinne, podstawowe badania diagnostyczne).

- f) Zniesienie barier geograficznych uwarunkowanych i związanych z połączeniami komunikacyjnym jak i z odległością do placówki POZ od miejsca zamieszkania.
- g) Należy przyjąć i wdrożyć standardy świadczenia usług medycznych z zakresu Medycyny Rodzinnej jako elementu wpływającego na jakość świadczeń w opiece podstawowej . Standardy określają kryteria w zakresie:
- właściwego wykonywania świadczeń określonego typu na rzecz pacjentów,
 - wyposażenia w aparaturę medyczną lub dostępu do niezbędnego sprzętu oraz warunki lokalowe,
 - trybu postępowania i procedur diagnostyczno-terapeutycznych stosowanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie różnych specjalności medycznych.,
 - typów schorzeń leczonych w poszczególnych jednostkach opieki zdrowotnej.
- h) Wdrożyć system zewnętrznej oceny jakości świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej celem określenia stopnia zaspakajania potrzeb zdrowotnych populacji ludności województwa zachodniopomorskiego i określenia pożądanych zmian w organizacji opieki zdrowotnej.

2.2 Zapewnienie dostępności opieki stomatologicznej

W celu zapewnienie powszechnego dostępu do świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki stomatologicznej dla całej populacji województwa należy:

- a) Poszerzyć koszyk świadczeń dla dzieci i młodzieży szkolnej w zakresie leczenia, a w szczególności profilaktyki stomatologicznej w ramach bezpłatnych świadczeń.

W świetle aktualnej sytuacji epidemiologicznej⁴ i zabezpieczenia opieki stomatologicznej wynikającej z niedoborów finansowania publicznego uważamy to działanie za priorytetowe. Zmniejszenie dostępności do opieki stomatologicznej w przyszłości może spowodować zwiększenie nakładów finansowych ze strony Płatnika. Profilaktykę stomatologiczną należy oprzeć na systemie współpracy personelu medycznego zatrudnionego w medycynie szkolnej i władz oświatowych.

W systemie ubezpieczeniowym załamała się opieka stomatologiczna dzieci i młodzieży w szkołach, co spowodowało również ograniczenie lub zaprzestanie działalności profilaktycznej w tym zakresie.

- b) Zorganizować sieci placówek zajmujących się opieką stomatologiczną osób niepełnosprawnych.

Rozwiązanie problemu opieki nad osobami niepełnosprawnymi umożliwi korzystanie z przysługującego im zakresu świadczeń stomatologicznych. Leczenie osób upośledzonych psychofizycznie winno odbywać się w szczególnych warunkach.

- c) Wprowadzić ściśle określony koszyk usług bezpłatnych w systemie finansowania przez Kasę Chorych w celu określenia granic finansowania przez ubezpieczonego.

Dla znacznej części społeczeństwa korzystanie z usług sektora prywatnego jest niedostępne z przyczyn ekonomicznych.

⁴ Badania pod kierunkiem prof. dr hab. K. Lisieckiej, Szczecin, 1999 r.

- d) Dofinansować leczenie stomatologiczne osobom ze środowisk o niskich dochodach oraz emerytom i rencistom. Szczególnie istotne jest dotowanie świadczeń dla grupy, którą stanowią ludzie należący do najmniej zamożnej warstwy społecznej.

Przyznawane dotacje winny pochodzić z funduszy pomocy społecznej.

- e) Prowadzić działania z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia przy współudziale Kas Chorych, świadczeniodawców, władz samorządowych i oświatowych.

W finansowaniu działalności profilaktycznej i prozdrowotnej w zakresie

stomatologii powinien być powszechnie wykorzystywany potencjał aktywnych na

tym rynku podmiotów gospodarczych, w tym wielkich koncernów

farmaceutycznych i chemicznych.

- f) Intensyfikować działania z zakresu edukacji zdrowotnej u kobiet w ciąży w ramach opieki przedporodowej, w szkołach rodzenia oraz na oddziałach położniczych

- g) Rozmieszczenie ilości praktyk stomatologicznych w poszczególnych powiatach winno uwzględniać normę przyjętą w Strategii Województwa , która mówi o dążeniu do osiągnięcia wskaźnika 3,3 lekarzy stomatologów / 10 tys. mieszkańców.

Dużą rolę w planowaniu dostępności w zakresie świadczeń winna mieć Kasa Chorych. Niezależnie od tego proces ten wymaga wsparcia ze strony samorządów lokalnych.

Zadaniem samorządów terytorialnych może być współorganizacja oraz współfinansowanie bazy lokalowo-sprzętowej oraz określonych świadczeń stomatologicznych, w szczególności profilaktyki zdrowotnej .

2.3 Ambulatoryjna specjalistyczna opieka zdrowotna

Przez **ambulatoryjną** specjalistyczną opiekę należy rozumieć świadczenia medyczne udzielane przez lekarza specjalistę w systemie otwartej opieki zdrowotnej, dysponującego zapleczem diagnostycznym lub posiadającego na ten cel środki finansowe i kontynuującego leczenie od momentu przekazania pacjenta przez lekarza rodzinnego do momentu konieczności leczenia w systemie zamkniętym (szpital, klinika) lub od momentu wyjścia pacjenta z systemu leczenia zamkniętego do momentu przejścia pod opiekę lekarza rodzinnego.

Zadaniem ambulatoryjnej specjalistycznej opieki jest także wykonywanie drobnych zabiegów specjalistycznych w warunkach ambulatoryjnych oraz tworzenie interdyscyplinarnych zespołów konsultacyjnych.

Celem strategicznym w realizacji celu operacyjnego, jakim jest zapewnienie wysokiej jakości opieki medycznej specjalistycznej, ambulatoryjnej jest: **zapewnienie każdemu potrzebującemu ze wskazań lekarskich pełnej opieki specjalistycznej zgodnej z najnowszymi osiągnięciami wiedzy medycznej i nowoczesnej technologii.**

Działania przygotowawcze dążące do osiągnięcia tego celu powinny przewidywać inwentaryzację zasobów i bazy kadrowej w każdej ze specjalności, **opracowania planu zabezpieczenia ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej** w oparciu o wskaźniki demograficzne, epidemiologiczne, zapotrzebowanie zdrowotne, oraz opinie konsultantów wojewódzkich - tak na poziomie powiatu jak i na poziomie województwa.

Należy też wypracować model alokacji środków finansowych przez Kasę Chorych odpowiednio do rzeczywiście wyliczonych kosztów udzielania tych świadczeń oraz potrzeb.

Wysokospecjalistyczna opieka ambulatoryjna oparta winna być głównie o sprzęt, kadrę i bazę szpitali specjalistycznych i klinicznych. Ważne jest szkolenie dostatecznej liczby lekarzy specjalistów. Realizacja ww. zadań wymaga współpracy wielu instytucji, takich jak samorządy terytorialne, Kasy Chorych oraz resortowe zakłady opieki zdrowotnej.

Uchwałą Nr VI/35/99 Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego z dnia 28 czerwca 1999 r. przyjęto zasady współpracy samorządu województwa

zachodniopomorskiego z jednostkami lokalnego samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia i ustalono główne kierunki współpracy. Dotyczy ona m.in. dostosowania bazy placówek i poziomu dostępności świadczeń zdrowotnych do potrzeb zdrowotnych społeczeństwa oraz wymiany doświadczeń na temat przebiegu procesu poprawy jakości usług medycznych.

Podstawą sporządzenia planu zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej jest zasada równego i powszechnego dostępu osób ubezpieczonych w Kasie Chorych przy uwzględnieniu, oprócz struktury demograficznej i epidemiologicznej, także istniejącego systemu dróg i połączeń komunikacyjnych środkami transportu publicznego. Wymaga to ścisłej współpracy i podjęcia wspólnych ustaleń w samorządami powiatowymi naszego województwa, samorządami zawodowymi, kasą chorych i konsultantami wojewódzkimi.

Świadczenia ambulatoryjne udzielane są w poradniach specjalistycznych oraz ośrodkach terapii dziennej. Głównym mankamentem tego rodzaju usług medycznych jest nierzadko utrudniona dostępność spowodowana systemem skierowań, długim oczekiwaniem na udzielenie porady, także niedostatecznymi warunkami techniczno-lokalowymi wielu przychodni, w tym: brakiem podjazdów dla wózków inwalidzkich, brakiem wind oraz brakiem odpowiednio dużych, dobrze wentylowanych poczekalni.

Istotnym problemem są braki w wyposażeniu w sprzęt i aparaturę medyczną. Nie do końca też są opracowane standardy usług poszczególnych specjalności, wykazy jednostek chorobowych i procedur medycznych możliwych do prowadzenia w warunkach ambulatoryjnych.

Konieczna jest też pełna realizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia dotycząca nadzoru specjalistycznego i konsultantów wojewódzkich. Niezbędne jest uzgodnienie z samorządami zawodowymi kwestii powołania specjalistów o dużym doświadczeniu

zawodowym, merytorycznym i organizacyjnym. Należy zapewnić im warsztat pracy i dostarczenie informacji w zakresie nadzorowanej specjalności.

2.3.1 Specjalistyka ambulatoryjna na poziomie gminy, powiatu i województwa

Zakres świadczeń dotyczący kontraktowania usług specjalistyki ambulatoryjnej zależy od liczby populacji, lokalizacji w terenie, rodzaju świadczenia, a przede wszystkim od potrzeb zdrowotnych.

W związku z tym zabezpieczenie dostępności do świadczeń zdrowotnych z zakresu wszystkich dziedzin medycyny, uwzględniać powinny podział według poniższego schematu:

Poziom gminy:

- podstawowej opieki zdrowotnej,
- stomatologii ogólnej,
- położnictwa i ginekologii,
- opieki pielęgniarstwa w środowisku nauczania i wychowania.

Poziom powiatu:

- dermatologii i wenerologii,
- neurologii,
- okulistyki, otolaryngologii,
- ginekologii położnictwa i pediatrii,
- psychiatrii z uwzględnieniem leczenia odwykowego i leczenia uzależnień,
- rehabilitacji medycznej,
- chirurgii ogólnej,
- interny, w tym chorób płuc i kardiologii w podstawowym zakresie,
- ortodoncji, stomatologii zachowawczej, chirurgii stomatologicznej i protetyki,
- diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej i mikrobiologicznej,

- logopedii.

Poziom województwa zabezpiecza świadczenia wysokospecjalistycznej opieki zdrowotnej z zakresu tych dziedzin medycyny, które mogą być realizowane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Zachowana jest komplementarność świadczeń, tak że pakiet usług medycznych szczebla gminnego uzupełniany jest świadczeniami szczebla powiatowego, te zaś dopiero wysokospecjalistycznymi ambulatoryjnymi świadczeniami poziomu wojewódzkiego.

Główne specjalistyczne ambulatoryjne poradnie szczebla wojewódzkiego obejmują świadczenia z zakresu:

- onkologii, radio i chemioterapii oraz leczenia bólu,
- kardiologii i kardiochirurgii,
- chirurgii transplantacyjnej,
- chorób zakaźnych, tropikalnych, HIV/AIDS,
- nefrologii,
- hepatologii,
- endokrynologii,
- gastrologii,
- urologii,
- reumatologii,
- genetyki i wad wrodzonych,
- neurochirurgii,
- jaskrowa,
- ginekologii dziewczęcej oraz patologii ciąży i porodu oraz neonatologii,
- leczenia uzależnień, psychologiczne, także dla dzieci,
- inne specjalistyczne i wysokospecjalistyczne procedury.

Specjalności wymienione powyżej mogą być realizowane na poziomie ośrodków regionalnych, gdzie istnieje już wystarczający potencjał w zakresie infrastruktury i zasobów

ludzkich. Istotna jest też konieczność zabezpieczenia realizacji pewnych wysokospecjalistycznych procedur, które nie mogą być zrealizowane w województwie zachodniopomorskim. Mogą natomiast, na podstawie stosownych umów, być udzielane naszym mieszkańcom w innych ośrodkach na terenie kraju.

Obecnie istnieje zróżnicowanie w dostępie pacjentów do niektórych specjalistów w województwie zachodniopomorskim.

Stwierdza się, że rozmieszczenie sieci niektórych poradni specjalistycznych jest w województwie zachodniopomorskim nierównomierne.

Obecnie, ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, za wyjątkiem kardiologii, są często niedoszacowane w faktycznie ponoszonych kosztach ich udzielania. Podział porad specjalistycznych na porady proste i złożone w konsekwencji powinien nieść za sobą zwiększenie nakładów na dodatkowe badania specjalistyczne (diagnostyka).

Konstrukcja planu zabezpieczenia specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej zachować jednak musi element konkurencyjności, co jest podstawą reformy, ale i tu wszelkie działania głównie winny skierowane być na poprawę dostępności.

Opieka specjalistyczna w zakresie podstawowym oparta może być o prywatne gabinety lekarskie finansowane przez Kasę Chorych, natomiast opieka wysokospecjalistyczna, może być zapewniona na bazie subregionalnych ośrodków w oparciu o ich wysokokwalifikowaną kadrę oraz nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną.

Regionalny Komitet Sterujący jako priorytetowe kierunki rozwoju ochrony zdrowia przyjął m.in. realizację opieki medycznej dla populacji 30-40 tys. w Centrach Zdrowia zabezpieczających świadczenia zdrowotne w zakresie chirurgii dziennej, obserwacji,

diagnostyki laboratoryjnej z dostępnością do bakteriologii, RTG, USG, rehabilitacji, położnictwo (porody fizjologiczne) oraz szeroki zakres specjalistyki ambulatoryjnej.

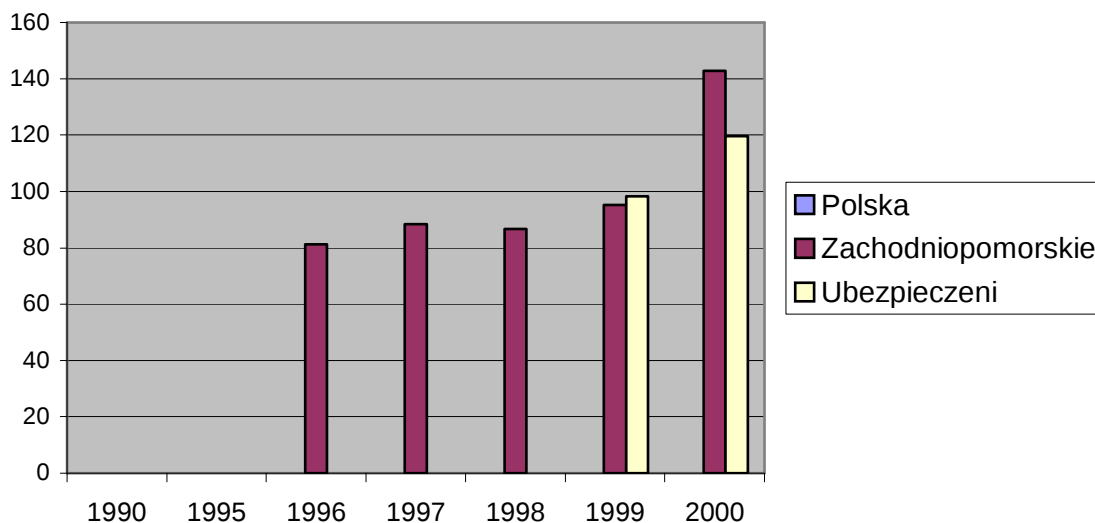
W niniejszym dokumencie przedstawione zostaną priorytetowe specjalności, które na podstawie wskazań epidemiologicznych mają największe znaczenie zdrowotne, społeczne i ekonomiczne w naszym województwie:

Kardiologia

Obecnie choroby układu krążenia są notowane jako główne przyczyny zgonów w Polsce. Stanowią one 50% ogółu zgonów. Szczególnym zagrożeniem społecznym jest choroba wieńcowa, bowiem dynamika narastania liczby zgonów z tego powodu jest w Polsce wyjątkowo duża, niespotykana w innych krajach.

Podobnie jak w całej Polsce sytuacja zdrowotna przedstawia się w województwie zachodniopomorskim. Zaznacza się tendencja do zachorowań na tę grupę schorzeń wśród coraz młodszych roczników. Rejestruje się zachorowania na choroby kardiologiczne w przedziale 35 – 64 lata. Szczyt zachorowalności na choroby układu krążenia przypada na okres największej aktywności zawodowej i społecznej.

Wykres Nr 16 Wskaźniki zapadalności na choroby układu krążenia*



* źródło: Problematyka kontroli Rady ZRKCh w II półroczu 2001 r. sierpień 2001

Przy zmniejszających się i ulegających skróceniu, ze względów ekonomicznych, hospitalizacji chorych kardiologicznie, niezmiernie ważnym staje się usprawnienie porad w systemie leczenia otwartego, zwłaszcza tego wysokospecjalistycznego, z dostępem do unikatowej aparatury kardiologicznej i specjalistów kardiologów.

Schemat organizacji opieki kardiologicznej w województwie zachodniopomorskim winien obejmować:

- Poradnie Medycyny Rodzinnej,
- Poradnie Kardiologiczne stopnia podstawowego,
- Subregionalne Ośrodki Kardiologiczne,
- Dwa Wojewódzkie Centra Kardiologiczne.

Zadania, określane przez specjalistów, jako podstawowe dla zwalczania tego zjawiska polegają na:

1. Utworzeniu sieci specjalistycznych poradni kardiologicznych o określonym standardzie i dostępności (docelowo jedna poradnia kardiologiczna na 60 – 70 tys. mieszkańców),
2. Określeniu minimum wyposażenia poradni kardiologicznej w zakresie podstawowym (ekg, Holter, aparat do próby wysiłkowej, usg),
3. Upowszechnieniu pierwotnej i wtórnej profilaktyki choroby niedokrwiennej w ramach leczenia podstawowego,
4. Realizacja programów kardiologicznych oraz edukowaniu społeczeństwa z zakresu szeroko pojętej promocji zdrowia.

Standardem powinny też być porady i świadczenia z zakresu rehabilitacji kardiologicznej.

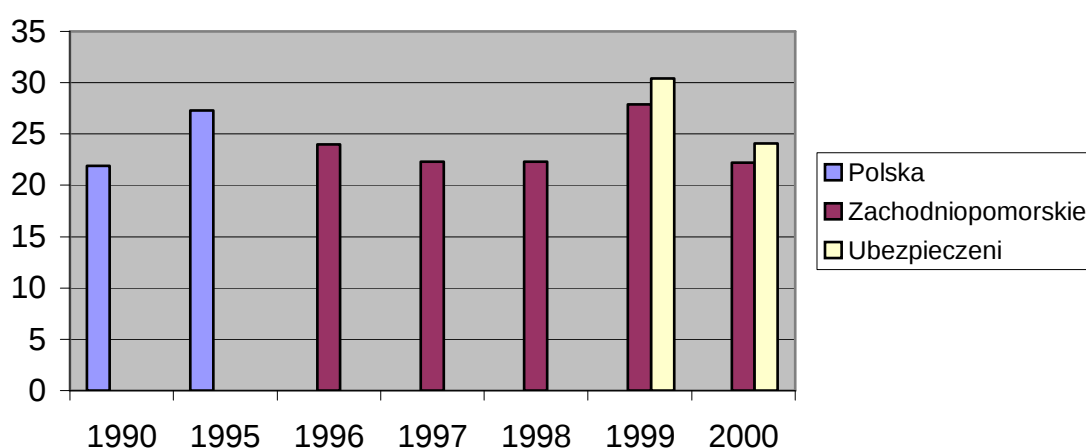
Samorząd Województwa Zachodniopomorskiego zdecydował o przystąpieniu do realizacji zadań w ramach programu profilaktyki chorób układu krążenia dla mieszkańców województwa zachodniopomorskiego „Bilans zdrowia 40-latków i 50-latek”. Program w chwili obecnej jest w trakcie realizacji, objętych nim będzie 14 328 mężczyzn w wieku 40 lat zamieszkałych w naszym województwie oraz 14 006 kobiet w wieku 50 lat.

Onkologia

Choroby nowotworowe zajmują, po chorobach układu krążenia, drugie miejsce spośród najczęstszych przyczyn zgonów.

Związane jest to ze wzrostem liczby ludności, starzeniem się społeczeństwa oraz rozpowszechnieniem czynników rakotwórczych (praca, środowisko naturalne, styl życia,

sporadyczne wykonywanie badań kontrolnych). W odniesieniu do niektórych schorzeń onkologicznych wskaźniki zachorowalności nie odbiegają zasadniczo od wskaźników umieralności. Jednakże w stosunku do ok. 30% nowotworów można podjąć skuteczną strategię zapobiegawczą.



Wykres Nr 17 Wskaźniki zachorowalności na choroby nowotworowe *

* źródło: Problematyka kontroli Rady ZRKCh w II półroczu 2001 r sierpień 2001

Wczesne rozpoznanie stanowi szansę pełnego wyzdrowienia. W tym celu konieczna jest realizacja:

1. Badań rodzinnego podwyższonego ryzyka zachorowania,
2. Oznaczania szkodliwych czynników środowiska pracy dla zatrudnionych w warunkach ekspozycji na czynniki rakotwórcze,
3. Kontynuowania badań przesiewowych wczesnego wykrywania raka piersi, szyjki macicy i prostaty oraz zwiększanie dostępności do tych badań dla wszystkich mieszkańców województwa,

4. Podnoszenie wiedzy społeczeństwa z zakresu zdrowia i sposobów prozdrowotnego trybu życia.

W województwie zachodniopomorskim zadania te są w miarę możliwości finansowych realizowane przez Regionalny Szpital Onkologiczny, Specjalistyczny Szpital im. A. Sokołowskiego, Wojewódzki Zakład Gruźlicy i Chorób Płuc w Koszalinie i w Szczecinie, Szpital Wojewódzki w Koszalinie, ZOZ w Kołobrzegu oraz Szpitale Kliniczne.

Regionalny Szpital Onkologiczny dysponuje odpowiednim sprzętem i aparaturą medyczną np. Mammobusem, USG, Rtg, urządzeniem do brachyterapii itp. Dzięki temu badaniami profilaktycznymi np. odnośnie raka piersi można objąć mieszkanki naszego województwa zamieszkałe w oddalonych od ośrodków dysponujących odpowiednią bazą sprzętową rejonów, a przy leczeniu stosować najnowocześniejsze metody i środki.

Ośrodek Nowotworów Dziedzicznych PAM w Szczecinie prowadzi badania wczesnego wykrywania wśród grup wysokiego, genetycznego ryzyka różnych rodzajów nowotworów, w tym raka sutka, jajnika i jelita grubego.

Zachodniopomorska Regionalna Kasa Chorych finansuje wiele programów wczesnego wykrywania niektórych nowotworów złośliwych.

Ministerstwo Zdrowia wprowadziło natomiast program dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego, a w maju 2001 r. ogłoszony został program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka szyjki macicy oraz raka piersi.

Zadania z zakresu profilaktyki realizowane są również przez Samorząd Województwa. Program Profilaktyki Chorób Nowotworowych dla Mieszkańców Województwa Zachodniopomorskiego jest w trakcie przygotowywania. Zadania z zakresu profilaktyki

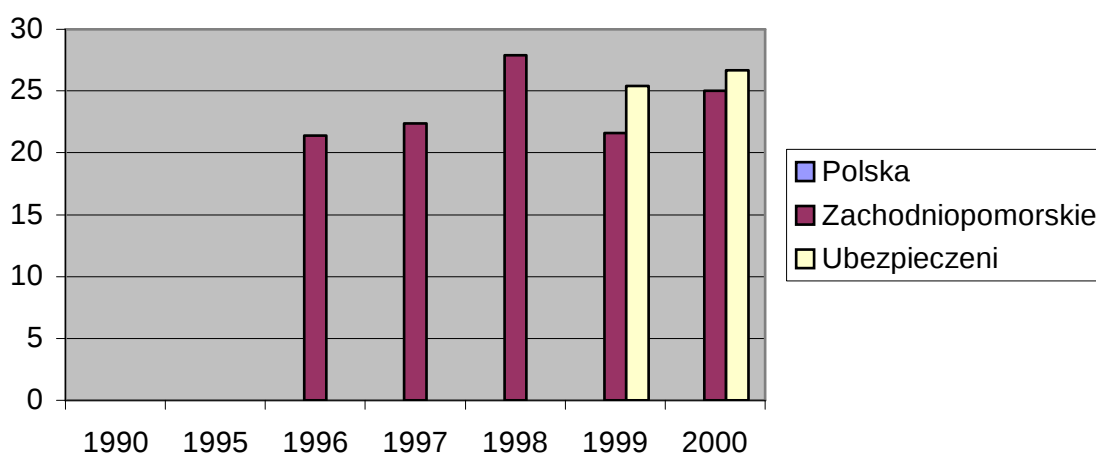
i promocji zdrowia będą także w przyszłości kontynuowane i koordynowane przez Samorząd Województwa na terenie całego regionu.

Zadania:

1. Zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory złośliwe, w tym ograniczenie zachorowań na nowotwory tytoniozależne,
2. Uzyskanie wymiernej poprawy w wykrywaniu i wczesnym rozpoznawaniu, przede wszystkim raka szyjki macicy, piersi, stercza, pęcherza moczowego, żołądka, przełyku, jelita grubego oraz czerniaka skóry, to jest tych nowotworów, których rozpoznawanie jest zwykle znacznie opóźnione w stosunku do możliwości wynikających z aktualnego stanu wiedzy praktycznej,
3. Poprawa jakości badań diagnostycznych oraz dostępności skutecznych metod leczenia nowotworów złośliwych, zwłaszcza radioterapii i metod leczenia skojarzonego,
4. Poprawa dostępności leczenia paliatywnego w przypadkach nowotworów zaawansowanych, w tym nowych metod leczenia bólu nowotworowego,
5. Poprawa jakości danych epidemiologicznych, jako podstawowej metody monitorowania wyników podjętych działań, oceny bieżącej sytuacji oraz prognozowanie i programowanie walki z rakiem,
6. Rozwój i wdrażanie najnowszych zdobyczy nauki, zwłaszcza technik molekularnych użytecznych w wykrywaniu ryzyka zachorowania, wczesnego rozpoznawania i optymalizacji leczenia chorób nowotworowych.

Diabetologia

Cukrzyca jest chorobą społeczną, w Polsce choruje ok. 1,5 mln. osób z czego 300 tyś. żyje dzięki codziennym wstrzyknięciom insuliny. Schorzenie to ze względu na liczne powikłania może powodować ślepotę, schorzenia nerek, układu krążenia, serca, udary mózgu, zgorzele stóp i amputacje. Roczne koszty leczenia ludzi z powodu cukrzycy ocenia się na ok. 1 miliarda.



Wykres Nr 18 Wskaźniki zachorowalności na cukrzycę *

* źródło: Problematyka kontroli Rady ZRKCh w II półroczu 2001 r. sierpień 2001

W województwie zachodniopomorskim skala problemu jest podobna. Informator Statystyczny Ochrony Zdrowia za rok 1999 podaje, że w naszym województwie leczonych jest 29 409 osób z powodu cukrzycy, w tym insuliną 9 781 chorych.

W roku 1989 ministrowie zdrowia krajów europejskich w obecności przedstawicieli środowisk chorych i ludzi zaangażowanych w leczenie cukrzycy podpisali **Deklarację St. Vincent**, w której rządy i społeczeństwa Europy zobowiązały się do działań mających poprawić los ludzi cierpiących na cukrzycę, usprawnić leczenie i opiekę, zapobiegać powikłaniom tej choroby, kalectwu i przedwczesnym zgonom.

Deklarację tę podpisał także Minister Zdrowia Rzeczypospolitej Polskiej.

Aby dostosować zapisy Deklaracji do rzeczywistości niezbędne jest zaprogramowanie i konsekwentne działania zmierzające do poprawy leczenia diabetologicznego.

Leczenie cukrzycy obejmuje:

1. Edukację samokontroli i samoopieki,
2. Leczenie modyfikujące w żywieniu, aktywności fizycznej i stylu życia,
3. Farmakologiczne, intensywne leczenie hipoglikemizujące,
4. Prewencję powikłań i specjalnych technik leczenia ich skutków,
5. Rehabilitację, resocjalizację i opiekę społeczną.

Poprawa skuteczności rozpoznawania i leczenia cukrzycy oraz jej powikłań może przynieść nie tylko pozytywne skutki zdrowotne i społeczne, ale także wymierne korzyści ekonomiczne. W zakresie ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego, środowisko zaangażowane w działania w tym zakresie postuluje o dokonanie zmian w leczeniu diabetologicznym.

Zadania:

1. Upowszechnienie dostępności do badań glukometrycznych w podstawowej opiece zdrowotnej,
2. Utworzenie sieci poradni diabetologicznych – subregionalnych oraz dwóch ośrodków wojewódzkich
3. Wprowadzenie zasad „opieki łączonej” – diabetolog, pielęgniarka, dietetyczka, edukator
4. Upowszechnienie standardów leczenia cukrzycy.

Niezbędne jest również nawiązanie ścisłej współpracy w zakresie leczenia cukrzycy między samorządami a organizacjami i stowarzyszeniami ludzi chorych na cukrzycę.

Zdrowie psychiczne

Zmiany społeczne, polityczne a w szczególności ekonomiczne, istotnie wpływają na stan zdrowia psychicznego społeczeństwa. Proces integrowania się z gospodarką światową, swoboda podróżowania i wymiany informacji, rozszerzenie praw obywatelskich, wolne wybory, pluralistyczny system polityczny i społeczny kreują nowe szanse i możliwości rozwojowe dla społeczeństwa. Samorząd Województwa Zachodniopomorskiego podjął próbę przeprowadzenia analizy stanu leczenia psychiatrycznego.

Podstawowymi środkami i metodami zmierzającymi do dostosowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej do potrzeb mieszkańców województwa jest poprawa dostępności i zróżnicowanie psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dorosłych, dzieci i młodzieży oraz dla uzależnionych od alkoholu i substancji psychoaktywnych, a także dążenie do osiągnięcia pożądanego poziomu zatrudnienia i wykształcenia fachowych kadr.

Poprawa jakości psychiatrycznej i odwykowej opieki zdrowotnej uwarunkowana jest powstaniem odpowiedniej bazy materialnej, zapewnieniem ciągłości opieki psychiatrycznej poczynając od profilaktyki, edukacji zdrowotnej, opieki ambulatoryjnej, całodobowej, pośredniej i środowiskowej po szybki przepływ informacji o chorym wypisywanym ze

szpitala. Leczeni w poradniach zdrowia psychicznego stanowili w 1999 r. 1,6% ludności województwa, leczeni w poradniach odwykowych 0,3% ludności województwa.

Poprawa poziomu psychiatrycznej i odwykowej opieki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim wymaga podjęcia i realizacji wielu zadań.

Zadania:

1. Realizacja podstawowych zadań w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym,
2. Usprawnienie ambulatoryjnej psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci, młodzieży i osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi oraz uzależnieniami,
3. Wprowadzenie nowych form opieki psychiatrycznej – psychiatrii środowiskowej.

Ambulatoryjna psychiatryczna opieka zdrowotna dla osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi i uzależnionymi od alkoholu jest zorganizowana we wszystkich powiatach i w części gmin województwa zachodniopomorskiego. Większa część poradni działa tylko jeden raz w tygodniu i zatrudnia lekarza psychiatrę spoza danego zakładu opieki zdrowotnej.

Medycyna pracy

Na Samorządzie Województwa ciąży obowiązek wynikły z ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy, na podstawie której tworzy on i utrzymuje wojewódzki ośrodek medycyny pracy.

Zadania służby medycyny pracy finansowane są z dwóch źródeł: ze środków pochodzących z dotacji celowej budżetu państwa i ze środków własnych budżetu województwa.

Tabela Nr 23 Koszty zakupu świadczeń z zakresu służby medycyny pracy*

Rok	Wysokość dotacji z budżetu państwa	Dofinansowanie z budżetu województwa	Koszt ogółem
1999	1 705 200	1 484 266	3 189 466
2000	1 777 000	986 785	3 704 685
2001	1 782 000	865 500	4 006 700

** opracowanie własne*

Samorząd ze środków własnych budżetu województwa finansuje świadczenia zdrowotne, określone w art. 21 ust.2 ustawy, których wykonanie w poszczególnych latach przedstawia poniższa tabela:

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

Zadania:

- 1. Organizacyjne wydzielenie ze struktur Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Szczecinie działów : ambulatoryjnej podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, diagnostyki i analityki medycznej.***
- 2. Włączenie Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Koszalinie w struktury Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Szczecinie.***
- 3. Stworzenie możliwości specjalizacji w zakresie medycyny pracy dla szerszej grupy osób, aby zapewnić sukcesywny dopływ kadry.***

4. *Wczesne rozpoznawanie i ocena czynników szkodliwych występujących w środowisku pracy mających wpływ na zdrowie pracujących.*
5. *Współpraca pomiędzy takimi komórkami, jak : Inspekcja Pracy, Inspektor Sanitarny, Wojewódzkie Stacje Sanitarne – Epidemiologiczne.*
6. *Współpraca pomiędzy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej a lekarzem medycyny pracy.*
7. *Promocja zdrowia w miejscach pracy, zarówno wśród pracodawców jak i wśród pracowników. Programy promocji zdrowia prowadzone w zakładach pracy mają na celu m. in. zachęcanie pracodawców do finansowania badań diagnostycznych, organizowania i finansowania szczepień ochronnych przeciwko wzw, grypie, kleszczowemu zapaleniu mózgu.*
8. *Prowadzenie profilaktyki pierwszorzędowej. Właściwe rozpoznanie i ocena ryzyka zawodowego w miejscu pracy oraz wykonywanie badań związanych z wczesną diagnostyką chorób zawodowych i parazawodowych prowadzi do eliminacji przyczyn wywołujących dane schorzenie.*
9. *Koniecznym jest rozszerzenie świadczeniodawców o niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej.*

10. Intensyfikacja i pogłębienie czynności kontrolnych wobec zakładów opieki zdrowotnej udzielających świadczeń z zakresu medycyny pracy.

2.3.2 Rehabilitacja jako specjalna funkcja leczenia specjalistycznego

Rehabilitacja medyczna ma na celu wzmocnić sprawność fizyczną, psychiczną, zmniejszyć poziom uszkodzenia oraz zwiększyć sprawność funkcjonalną pacjentów.

Ważnym zadaniem z zakresu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej jest stwarzanie warunków umożliwiających osobom niepełnosprawnym włączenie się lub powrót do czynnego życia dzięki rehabilitacji medycznej.

Przyczyny niepełnej sprawności można podzielić na trzy kategorie:

- wady wrodzone,
- choroby przewlekłe,
- nagłe wydarzenia, wypadki, urazy, zatrucia.

Pierwszoplanowym działaniem w tym zakresie jest dążenie do zmniejszania liczby osób niepełnosprawnych i przeciwdziałanie przyczynom występowania, poprzez likwidację lub ograniczenie ww. przyczyn.

Dalszym zadaniem jest ograniczenie skutków niepełnej sprawności, jeśli one już wystąpiły. Ta grupa zadań obejmuje i opiera się na działaniach określanych jako proces rehabilitacji.

Charakterystyczne zjawisko, że liczba osób niepełnosprawnych wzrasta z wiekiem i że procentowy udział rodzących się dzieci niepełnosprawnych oraz wzrost osób niepełnosprawnych w starszych grupach wiekowych są wielkościami stałymi, określa potrzebę zabezpieczenia świadczeń z zakresu rehabilitacji w stosunku do znacznej grupy ludności. Udział osób niepełnosprawnych wzrasta od 1% wśród noworodków do prawie 60% w najstarszych grupach wiekowych.

Rehabilitacja dzieci i młodzieży, której specyfika polega na bezwzględnej potrzebie zapewnienia wczesnej, ciągłej i kompleksowej opieki, łącznie z pomocą psychologiczną i logopedyczną w naszym województwie prowadzona jest przez Wojewódzki Ośrodek Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży w Szczecinie. Obejmuje on swą opieką dzieci i młodzież

z zaburzeniami neurologicznymi, ortopedycznymi i umysłowymi. Ośrodek specjalizuje się w diagnostyce i rehabilitacji zwłaszcza mózgowego porażenia dziecięcego, przepuklin oponowo-rdzeniowych, chorób mięśni, wad postawy.

Specyfika rehabilitacji u dzieci szczególnie ze schorzeniami neurologicznymi winna być brana pod uwagę przy finansowaniu tych świadczeń przez Kasę Chorych.

Rehabilitację dzieci i młodzieży w województwie zachodniopomorskim prowadzi również Specjalistyczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej nad Dzieckiem i Młodzieżą w Szczecinie, Samodzielny Publiczny Dziecięcy Ośrodek Rehabilitacji w Nowym Czarnowie, Szpital Wojewódzki w Koszalinie oraz Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choszcznie.

Poradnie rehabilitacyjne funkcjonują także w:

- Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Szczecinie, w którym działa Poradnia Usprawniania Leczniczego, a Poradnia Logopedyczna, jako jedyna w regionie, prowadzi terapię afazji poudarowej,
- Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Kołobrzegu,
- Zespole Zakładów Opieki zdrowotnej w Gryficach,
- Szpitalu Powiatowym w Choszcznie.

Obecnie wśród osób dorosłych obserwuje się stały wzrost zachorowań na choroby zwyrodnieniowe, zwłaszcza kręgosłupa, schorzenia kardiologiczne, neurologiczne oraz w następstwie urazów. Jak najwcześniejsze podjęcie leczenia rehabilitacyjnego ogranicza liczbę inwalidów, osób niezdolnych do pracy, przy czym należy zwrócić uwagę na potrzebę kontynuacji rehabilitacji leczniczej przez rehabilitację zawodową aż do pełnej rehabilitacji społecznej. Komplementarne i równorzędne traktowanie tych sfer w efekcie zapewni maksymalną skuteczność tzn. osiągnięcie optymalnych dla danego chorego efektów rehabilitacji i resocjalizacji.

Ze względu na to, że niepełnosprawność dotyczy głównie narządu ruchu, dzieci, osób poruszających się tylko na wózkach inwalidzkich, ludzi niewidomych, ośrodki rehabilitacji winny być rozmieszczone w pobliżu miejsca zamieszkania pacjenta. Wyeliminuje to problem dojazdu, co za tym idzie poprawi się dostępność do świadczeń z zakresu rehabilitacji.

W opinii konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie rehabilitacji medycznej wskazane jest, w miarę możliwości finansowych, utworzenie **zespołów rehabilitacji środowiskowej**

współpracujących ściśle z lekarzem rodzinnym i pielęgniarką środowiskowo-rodziną. Nadzorowaliby przebieg usprawniania w miejscu zamieszkania, udzielaliby instruktażu członkom rodziny, na których głównie spoczywa odpowiedzialność za rehabilitację w domu. Chorzy przewlekle oraz dzieci, które okresowo korzystają z usprawniania w placówkach rehabilitacji wyuczeni technik rehabilitacyjnych mogą wykonywać niektóre ćwiczenia samodzielnie, bądź z rodzicami w warunkach domowych. Obniży to koszty funkcjonowania stacjonarnych i ambulatoryjnych placówek rehabilitacji, a ponadto wzmacnia efekty osiągnięte u nich wcześniej.

2.3.3 Potrzeby zdrowotne i zadania w zakresie poradni specjalistycznych

W oparciu o analizę aktualnie istniejącej sieci poradni, liczba zakładów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej wynosi obecnie w poszczególnych powiatach naszego województwa od 44 do 3. Taka lokalizacja poradni specjalistycznych w województwie zachodniopomorskim nie spełnia powszechnego, w każdym z powiatów, wymogu ułatwionej dostępności. Z reguły poradnie specjalistyczne skupione są wokół dużych aglomeracji miejskich.

Podobnie zlokalizowana jest wysokospecjalistyczna aparatura medyczna. Na terenie województwa zachodniopomorskim znajduje się:

- 23 mammografy
- 7 tomografów komputerowych
- 2 rezonanse magnetyczne
- 10 stacji dializ
- 3 angiografy

Rozmieszczenie wyszczególnionej powyżej aparatury w terenie przedstawia mapa nr 6.

Stosunkowo zła sytuacja w dostępie do badań np. mammograficznych jest w regionie drawsko-wąleckim, jeden aparat Regionalnego Szpitala Onkologicznego jest mobilny co w pewnym stopniu tylko zmniejsza problem dostępu do badań w regionie.

Duża odległość i związane z tym problemy komunikacyjne są w dostępie do stacji dializ w regionie gryfińsko-myśliborskim oraz stargardzko-świdwińskim. W przyszłości należałoby również zorganizować stację dializ w Świnoujściu..

Konieczna jest stała kontrola jakości i stopnia zużycia aparatury (atesty).

Oprócz zadań właściwych dla poszczególnych specjalności, poniżej sformułowano zadania dotyczące ogółu specjalistyki ambulatoryjnej.

Zadania w zakresie ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej

Poradnie specjalistyczne winny docelowo realizować standardowo zadania z zakresu:

1. Udzielania świadczeń specjalistycznych na poszczególnych poziomach (gmina, powiat, województwo) na podstawie określonego **planu zabezpieczenia** leczenia ambulatoryjnego,
2. Określenie jasnych reguł dostępu do świadczeń specjalistycznych, ustanowienie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej koordynatorem leczenia oraz likwidacja niektórych barier nieformalnych,
3. Ułatwienie dostępu wszystkim mieszkańcom województwa do prostych procedur diagnostycznych. Podstawą do podjęcia takich działań powinna być analiza czasu oczekiwania na badania diagnostyczne,
4. Świadczenia medyczne winny udzielane być przez **lekarzy właściwej specjalności**, ponad to należy zmierzać do rozszerzania możliwości wyboru lekarza specjalisty przez pacjentów,
5. Określenie dostępności do świadczeń harmonogramem pracy poradni z uwzględnieniem dziennego oraz tygodniowego rozkładu czasu pracy poradni, a także średnim czasem oczekiwania na poradę specjalistyczną. **W sytuacji nagłej – bez zwłoki, w innych**

razach rejestracja terminowa. W dni wolne i świąteczne oraz w nocy – udzielanie koniecznych świadczeń w ramach dyżurów w izbach przyjęć szpitali,

6. **Odpowiednie warunki techniczno-lokalowe** dla indywidualnych praktyk lekarskich i zakładów opieki zdrowotnej odpowiadające kryteriom rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej oraz zapewniające **dostęp dla pacjentów niepełnosprawnych** i po urazach,
7. **Wypożyczenie placówek w sprzęt i aparaturę** z uwzględnieniem potrzeb wynikających z konieczności zapewnienia badań diagnostycznych i prowadzenia terapii w warunkach ambulatoryjnych jednostek chorobowych leczonych w poradni specjalistycznej, umożliwiającej udzielenie pomocy medycznej w stanach zagrożenia życia oraz wykonania zabiegów z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki,
8. Sporządzenie wykazu jednostek chorobowych leczonych w poradni specjalistycznej, wykazu procedur medycznych i diagnostycznych dostępnych w miejscu udzielania porad specjalistycznych z uwzględnieniem miejsca i czasu oczekiwania na ich wykonanie,
9. Stały monitoring funkcjonowania ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz opracowanie wskaźników oceny jej funkcjonowania dla oceny i korekty planów zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

2.4 Lecznictwo szpitalne

Struktura i lokalizacja aktualnie funkcjonujących jednostek leczenia zamkniętego w województwie zachodniopomorskim została kształtowana przez wiele lat i nie podlegała w przeciągu kolejnych lat znaczącym korektom. W ostatnich latach rozpoczęto restrukturyzację zakładów opieki zdrowotnej. Dokonane zmiany polegały m.in. na redukcji łóżek w niektórych oddziałach, zwłaszcza w oddziałach dziecięcych, ginekologiczno-położniczych oraz na tworzeniu oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Lecznictwo stacjonarne jest jednym z podstawowych elementów w organizacji ochrony zdrowia i pochłania największą część nakładów finansowych przeznaczonych na opiekę zdrowotną.

W 2000 roku w województwie zachodniopomorskim funkcjonowało 40 szpitali. Ogólna liczba 9706 łóżek tylko nieznacznie przekracza normy zakładane wskaźnikami kierunkowymi. Województwo posiada za dużo łóżek opieki krótkoterminowej, a za mało łóżek opieki psychiatrycznej i długoterminowej. Opis zasobów szpitalnych znajduje się w „Części diagnostycznej” w rozdziale: Infrastruktura jednostek i zasoby kadrowe służby zdrowia w województwie zachodniopomorskim.

2.4.1 Priorytety w rozwoju lecznictwa szpitalnego

Jako priorytetowe kierunki rozwoju ochrony zdrowia w województwie zachodniopomorskim przyjęto:

1. Przekształcenie części łóżek opieki krótkoterminowej na łóżka opieki długoterminowej, z uwzględnieniem potrzeb i wskaźników kierunkowych,
2. Zaplanowanie sieci szpitali włączonych do systemu szpitalnych oddziałów ratownictwa medycznego,
3. Zlokalizowanie w każdym powiecie jednego szpitala z co najmniej czterema podstawowymi oddziałami oraz łózkami intensywnej terapii medycznej i anestezjologii,

4. Zapewnienie dostępności do opieki stacjonarnej w oddziałach chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, ginekologiczno-położniczych, dziecięcych oraz długiego pobytu w promieniu **około 30 km** od miejsca zamieszkania pacjenta,
5. Wprowadzenie pojęcia szpitali subregionalnych oraz wyrównanie dostępności do stacjonarnej opieki i diagnostyki wysokospecjalistycznej,
6. Dostępność do diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej oraz oddziałów chirurgii dziennej w promieniu około 25 km od miejsca zamieszkania,
7. Realizacja opieki medycznej dla populacji 30-40 tys. w Centrach Zdrowia (chirurgia dzienna, obserwacja, diagnostyka laboratoryjna z dostępnością do bakteriologii, RTG, USG, rehabilitacji, położnictwa (porody fizjologiczne) oraz szerokiego zakresu specjalistyki ambulatoryjnej. Jeśli pozwolą na to warunki lokalowe to również oddziały opieki przewlekłej, rehabilitacyjne psychiatryczne oraz dla osób uzależnionych.
8. Przekształcanie szpitali w spółki prawa handlowego,
9. Włączenie w system opieki zdrowotnej szpitali resortowych,
10. Uwzględnianie szpitali klinicznych przy planowaniu zabezpieczenia w zakresie świadczeń wysokospecjalistycznych,
11. Poprawa stopnia wykorzystania łóżek szpitalnych do co najmniej 85%,
12. Dostosowanie bazy szpitalnej do wymagań sanitarnych i technicznych,
13. Ustalenie minimalnych standardów wyposażenia szpitali na poszczególnych szczeblach referencyjnych.

2.4.2 Restrukturyzacja i przegrupowanie zasobów lecznictwa szpitalnego – dostosowanie potencjału do potrzeb zdrowotnych

Lecznictwo stacjonarne jest jednym z podstawowych elementów w organizacji systemu ochrony zdrowia. Ze względu na wysokie koszty ponoszone na leczenie szpitalne dąży się do ograniczenia tej formy leczenia i przesunięcie części udzielanych świadczeń zdrowotnych do innych form opieki zdrowotnej m.in. ambulatoryjnej, dziennej, hospitalizacji domowej.

Poprawa funkcjonowania lecznictwa szpitalnego w województwie zachodniopomorskim wymaga ustanowienia sieci szpitali pod kątem potrzeb zdrowotnych

mieszkańców, uwzględniającej szpitale kliniczne i resortowe. Pozwoli to na pełną ocenę zabezpieczenia usług medycznych dla mieszkańców województwa.

Ogólna liczba łóżek w województwie zachodniopomorskim w 2000 r. wynosiła 9706, wskaźnik 56,0 łóżek/10 tyś. ludności. Wskaźnik ten jest zbliżony do wskaźników kierunkowych zalecanych przez Ministerstwo Zdrowia do osiągnięcia w 2005 roku.

Docelowo zakładany w 2015 roku wskaźnik wynosiłby 54,0 łóżek/10 tyś. ludności. Z analizy struktury i liczby łóżek wynika, że należy planować zmniejszenie liczby łóżek opieki krótkoterminowej oraz przeprofilowanie ich na łóżka opieki długoterminowej, łóżka opieki psychiatrycznej i alternatywne formy opieki stacjonarnej.

Na podstawie prognoz demograficznych należy spodziewać się do 2015 r. wzrostu liczby ludności w województwie zachodniopomorskim. Zmieniająca się sytuacja demograficzna charakteryzująca się spadkiem liczby urodzeń i wzrostem liczby mieszkańców w wieku poprodukcyjnym będzie na bieżąco uwzględniana przy kształtowaniu bazy stacjonarnej opieki zdrowotnej.

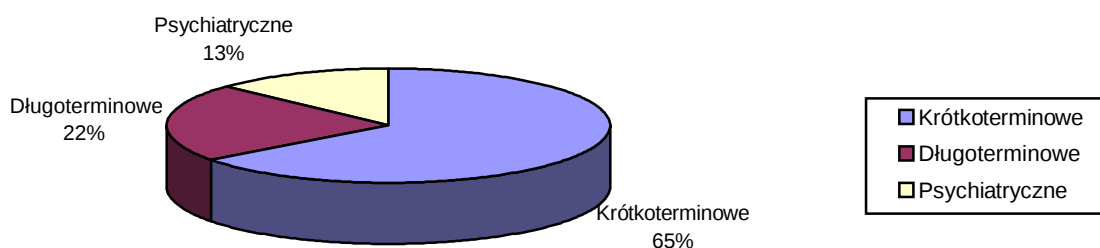
W województwie zachodniopomorskim dopuszcza się niewielką redukcję łóżek, konieczna jest natomiast zmiana ich struktury.

Tabela Nr 24 Zakładana struktura łóżek w szpitalach województwa zachodniopomorskiego w 2015 r.

	Liczba łóżek	Wskaźnik łóżek/10 tys. ludności
Krótkoterminowe	6066	35,0
Długoterminowe	2080	12,0
Psychiatryczne	1213	7,0
ogółem	9359	54,0

Źródło: opracowanie własne

Wykres Nr19 Zakładana procentowa struktura łóżek w szpitalach województwa zachodniopomorskiego w 2015 r.



Źródło: opracowanie własne

Tabela Nr 25 Procentowa struktura łóżek w szpitalach województwa zachodniopomorskiego w 2000 i 2015 roku

	2000 rok	Plan do 2015 roku
Krótkoterminowe	82%	65%
Długoterminowe	9%	22%
Psychiatryczne	9%	13%

Źródło: opracowanie własne

Pożądanym nowym modelem organizacyjnym zakłada przekształcenie obecnych zasobów szpitalnych w taki sposób, by w tych samych oddziałach, zwłaszcza krótkoterminowych, nie byli leczeni pacjenci wymagający opieki intensywnej i chorzy wymagający głównie opieki długoterminowej, paliatywnej oraz pielęgnacyjno-opiekuńczej.

Ustanowiona przez Ministerstwo Zdrowia referencyjność szpitali nie spełnia swojej roli i służy wyłącznie ustalaniu rodzajów kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez Zachodniopomorską Regionalną Kasę Chorych.

Z tego względu należy ustalić szpitale, które będą spełniać rolę szpitali subregionalnych.

Uzasadnienie dla tworzenia subregionów płynie z dążenia do:

- obniżenia nakładów na restrukturyzację zasobów opieki zdrowotnej w województwie,
- optymalizowania nakładów inwestycyjnych na rozbudowę infrastruktury,
- utrzymania dostępności do usług zdrowotnych w skali ponadpowiatowej,
- przybliżenie oddziałów specjalistycznych do miejsca zamieszkania pacjenta.

Ustanowienie w województwie umownych subregionów pozwoli na trafniejszą ocenę rozmieszczenia zasobów i zaplanowanie lepszej dostępności do świadczeń zdrowotnych o różnych poziomach referencyjności.

Możliwe jest utworzenie 3 subregionów z następującymi szpitalami specjalistycznymi subregionalnymi:

1. Subregion Szczeciński:

- SP Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie,
- Specjalistyczny Szpital im.A. Sokołowskiego w Szczecinie,
- Specjalistyczny SP ZOZ nad Dzieckiem i Młodzieżą w Szczecinie,
- SP Specjalistyczny ZOZ „Zdroje” w Szczecinie,
- SP Wojewódzki Zakład Gruzlicy i Chorób Płuc w Szczecinie,
- 109 Wojskowy Szpital z Przychodnią,
- ZZOZ Zarządu Służby Zdrowia MSW i A,
- Szpital w Stargardzie Szczecińskim
- Szpital w Choszczynie.

2. Subregion Koszaliński:

- Szpital Wojewódzki w Koszalinie,

- Specjalistyczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc w Koszalinie,
- 107 Szpital Wojskowy w Wałczu,
- ZZOZ Zarządu Służby Zdrowia MSW i A,

3. Subregion Gryficko-Kołobrzeski:

- Szpital w Gryficach,
- Szpital w Kołobrzegu,
- 117 Szpital Wojskowy z Przychodnią w Kołobrzegu.

Wypracowanie i realizowanie planów rozwoju systemu opieki zdrowotnej w subregionach wymagać będzie uzgodnionej wcześniej polityki między władzami powiatu, władzami samorządu województwa zachodniopomorskiego, samorządami zawodowymi, szpitalami resortowymi i kasami chorych.

Należy dążyć do zwiększenia możliwości leczenia większej liczby ludności skracając pobyt w szpitalu w ostrej fazie leczenia, poprawiając wykorzystanie łóżek, intensyfikując postępowanie diagnostyczne i interwencyjne.

Istotne jest udrożnienie lub zbudowanie powiązań między szpitalami a zakładami opiekuńczo-lecznicznymi, zakładami pielęgnacyjno-opiekuńczymi, hospicjami oraz opieką nad chorym w domu.

Niektóre oddziały wymagają redukcji łóżek, do nich należy zaliczyć oddziały:

- laryngologiczne o 51%,
- dermatologiczne o 65%,
- okulistyczne o 56%,
- dziecięce o 26,7%,
- położniczo-ginekologiczne o 17,3%.

Dzięki uwolnionym w ten sposób łóżkom należy zwiększyć liczbę łóżek w oddziałach:

- opieki długoterminowej o 61,2%,
- psychiatrycznych o 30%,
- onkologicznych o 39%,
- opieki paliatywnej o 73,5%.

Dotychczasową liczbę łóżek należy zachować lub dokonać nieznacznych zmian w następujących oddziałach: kardiologicznych, chorób wewnętrznych, chirurgicznych, urazowo-ortopedycznych i pozostałych.

W wielu szpitalach należy poprawić wskaźnik wykorzystania łóżek, tak by nie był niższy od 85% oraz dążyć do skrócenia przeciętnego czasu hospitalizacji krótkoterminowej.



Ocena zapotrzebowania na liczbę i rodzaj łóżek szpitalnych oparta jest na porównaniu stopnia wykorzystania łóżek i wskaźnika łóżek na 10 tys. ludności do wskaźników kierunkowych zalecanych przez Ministerstwo Zdrowia, a także potrzeb zdrowotnych regionu.

2.4.3 Struktura zasobów łóżek opieki krótkoterminowej

- W perspektywie najbliższych lat należy zmniejszyć liczbę łóżek opieki krótkoterminowej z liczby 8191 łóżek wskaźnik 47,3 łóżka/10 tys. mieszkańców do liczby 6066 łóżek wskaźnik 35 łóżek/10 tys. mieszkańców,
- W oddziałach opieki krótkoterminowej dolna granica liczby łóżek powinna wynosić około 30 łóżek,
- Redukcja lub przekształcenie tych łóżek na inne formy opieki powinna się odbyć w tych oddziałach, gdzie wskaźnik wykorzystania łóżek od kilku ostatnich lat nie osiągnął 85%, a czas pobytu chorego w szpitalu przekracza 6 dni.

A. Oddziały podstawowe

Nadmiar łóżek krótkoterminowych wynikający z niedostatecznego ich wykorzystania – średnio 70% oraz przekroczenia wskaźnika kierunkowego łóżek/10 tys. ludności obserwuje się w oddziałach podstawowych: chirurgii ogólnej, dziecięcych, położnictwie i ginekologii.

Natomiast niewielkich zmian potrzebują oddziały: chorób wewnętrznych, anestezjologii i intensywnej terapii.

Oddziały chorób wewnętrznych funkcjonują we wszystkich powiatach. Rozmieszczenie ich potencjału jest bardzo zróżnicowane. Najniższy wskaźnik łóżek /10 tys. ludności jest w powiecie gryfińskim – 5,0 łóżek i w powiecie kołobrzeskim 5,4 łóżek. Najwyższy wskaźnik 18,2 łóżek/10 tys. ludności jest w powiecie wałeckim i 15,8 łóżek/10

tys. ludności w powiecie pyrzyckim. Zalecany wskaźnik kierunkowy wynosi 8,6 łóżek/10 tys. mieszkańców.

W 2000 r. w województwie było średnio 9,1 łóżek/10 tys. mieszkańców, wskaźnik wykorzystania łóżek wynosił – 87,8%, a przeciętny czas pobytu – 8,1 dni.

Zadania:

1. Zmniejszenie liczby łóżek w tych szpitalach, gdzie wykorzystanie łóżek nie osiąga 85%,
2. Zachowanie oddziałów chorób wewnętrznych w każdym powiecie,
3. Zwiększenie liczby łóżek w Szczecinie lub lepsze wykorzystanie bazy łóżkowej w oddziałach chorób wewnętrznych szpitali resortowych.

Oddziały chirurgii ogólnej znajdują się we wszystkich powiatach, a nie licząc Szczecina, dwa oddziały posiada powiat Goleniowski, Wałecki i Myśliborski.

Z analizy danych statystycznych niektórych wskaźników działalności oddziałów i wskaźnika kierunkowego, który wynosi 6,4 łóżek/10 tys. mieszkańców wynika, że potrzeba zmian w liczbie i rozmieszczeniu łóżek chirurgii ogólnej jest niewielka.

W 2000 r. w województwie było średnio 6,5 łóżek/10 tys. mieszkańców, wskaźnik wykorzystania wynosił – 81,7%, a przeciętny czas pobytu chorego – 6,7 dni.

Zadania:

1. Niewielkie zmniejszenie liczby łóżek,
2. Zachowanie oddziałów chirurgii ogólnej w każdym powiecie,
3. Tworzenie chirurgii „jednego dnia”.

Oddziały chorób dziecięcych funkcjonują w 19 powiatach. Trzy powiaty: Goleniowski, Myśliborski i Wałecki posiadają po dwa oddziały dziecięce. Wskaźnik łóżek/10 tys. mieszkańców jest najniższy w powiecie szczecineckim – 1,2, a najwyższy w powiecie wałeckim – 8,8 i pyrzyckim – 8,5. Zalecany wskaźnik kierunkowy wynosi – 3 łóżka/10 tys. mieszkańców.

W 2000 r. na terenie województwa było 3,8 łóżek/10 tys. mieszkańców, wskaźnik wykorzystania łóżek w 1999 r. wynosił 54,3%, a w 2000 r. uległ poprawie i wynosił 72,6% przy przeciętnym czasie pobytu dziecka w szpitalu 7 dni.

Zadania:

1. Zmniejszyć liczbę łóżek w oddziałach, w których ich wykorzystanie nie osiąga 70%,
2. Wprowadzenie leczenia w oddziałach dziennych,
3. Utrzymanie oddziałów chorób dziecięcych w każdym powiecie,
4. Zapewnienie w oddziałach dziecięcych miejsc dla przebywania matek z dziećmi,
5. Tworzenie możliwości szybkiego diagnozowania dzieci.

Oddziały położniczo-ginekologiczne znajdują się we wszystkich powiatach. Po dwa oddziały posiadają powiaty: Myśliborski, Wałecki, Goleniowski. Zalecany wskaźnik kierunkowy wynosi 6 łóżek/10 tys. mieszkańców.

W 2000 r. w województwie zachodniopomorskim było średnio 6,6 łóżek/10 tys. mieszkańców, wskaźnik wykorzystania łóżek wynosił – 65,9%, a przeciętny czas pobytu w oddziale – 5,8 dni.

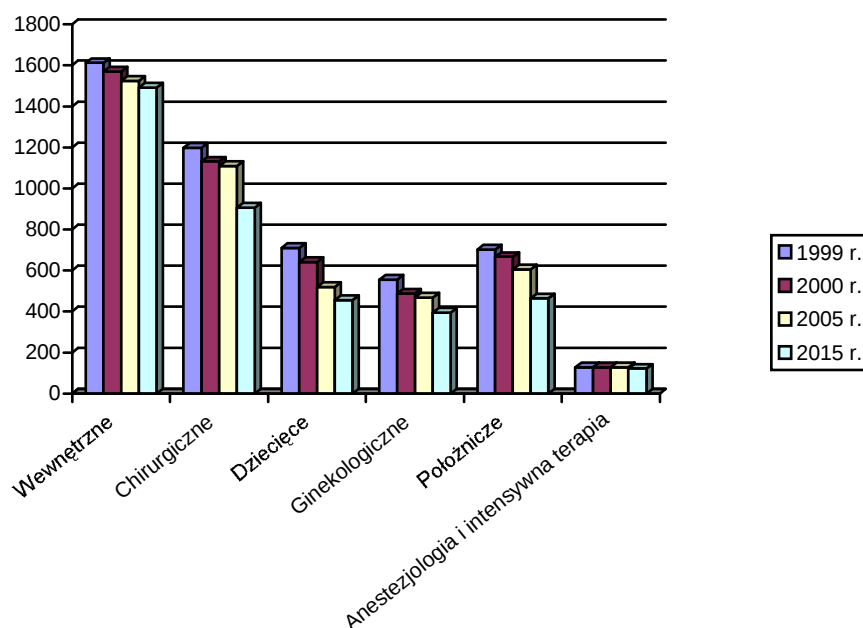
Zadania:

1. Zmniejszenie liczby łóżek,
2. Tworzenie ginekologii „jednego dnia”,
3. Leczenie nowotworowych chorób narządów rodnych w oddziałach ginekologicznych.

Tabela Nr 26 Planowane zmiany w strukturze łóżek w oddziałach podstawowych

	Wewnętrzne	Chirurgiczne ogólne	Dziecięce	Ginekologiczne	Położnicze	Anestezjologia i intensywna terapia
1999 r.	1611	1197	710	556	702	127
2000 r.	1569	1131	641	487	666	127
2005 r.	1525	1109	520	468	606	127
2015 r.	1490	906	454	395	464	121

Wykres Nr 20 Planowane zmiany w strukturze łóżek w oddziałach podstawowych



Podstawą do oceny i prognozowania zmian w oddziałach podstawowych stanowiła analiza stopnia wykorzystania istniejącej bazy łóżek szpitalnych oraz porównanie planowanych zmian do wskaźników kierunkowych zalecanych przez Ministerstwo Zdrowia do osiągnięcia w 2005 roku. Natomiast określenie zapotrzebowania na łóżka w 2015 roku w poszczególnych specjalnościach zostało oparte o dotychczasowe wskaźniki wykorzystania łóżek i prognozy demograficzne.

Strategia sektorowa w ochronie zdrowia województwa zachodniopomorskiego jest opracowaniem dynamicznym. Będzie ulegała modyfikacjom w zależności od potrzeb zdrowotnych i możliwości finansowania poszczególnych zadań.

B. Oddziały specjalistyczne

Oddziały specjalistyczne są w większości zlokalizowane w szpitalach wojewódzkich i klinicznych. W niektórych oddziałach specjalistycznych, a szczególnie w oddziałach: dermatologii, laryngologii, okulistycznych, gruźlicy i chorób płuc jest niskie wykorzystanie łóżek, a wskaźnik łóżek/10tyś. ludności jest zawyżony.

Oddziały laryngologiczne

Konieczność zmniejszenia liczby łóżek w oddziałach laryngologicznych wynika z potrzeby dostosowania do wskaźnika kierunkowego zalecanego przez Ministerstwo Zdrowia – 0,7 łóżek/10 tys. mieszkańców oraz potrzeb zdrowotnych wyrażonych wskaźnikami wykorzystania łóżek i czasem hospitalizacji.

Oddziały laryngologiczne w 2000 r.:

- liczba łóżek wynosiła	- 243
- wskaźnik łóżek na 10 tys. ludności	- 1,4
- wskaźnik wykorzystania	- 84%,
- przeciętny czas pobytu	- 7,0

Zadania:

1. **Zmniejszenie liczby łóżek do wskaźnika 0,7 łóżek/10 tys. ludności,**
2. **Skrócenie czasu pobytu chorego w oddziałach laryngologicznych do 5 dni,**
3. **Tworzenie miejsc leczenia dziennego i chirurgii jednego dnia.**

Oddziały okulistyczne w województwie zachodniopomorskim funkcjonują w 9 szpitalach. Wskaźnik wykorzystania łóżek jest zbyt niski, co nie pozwala na efektywne ich wykorzystanie. Wskaźnik łóżek / 10 tys. mieszkańców jest dwukrotnie wyższy od wskaźnika kierunkowego. Zalecany wskaźnik kierunkowy wynosi 0,7 łóżek/10 tys. mieszkańców.

Oddziały okulistyczne w 2000 r.

- liczba łóżek	- 270
- wskaźnik łóżek na 10 tys. ludności	- 1,6
- wskaźnik wykorzystania	- 68,8%,
- przeciętny czas pobytu	- 7,7

Zadania:

1. Redukcja łóżek do osiągnięcia 0,7 łóżek/10tyś. ludności,
2. Tworzenie oddziałów dziennych oraz lepsze wykorzystanie poradni okulistycznych,
3. Doposażenie oddziałów wysokospecjalistycznych w aparaturę medyczną.

Oddziały dermatologiczne w 2000 r. funkcjonowały w 5 szpitalach. Wykorzystanie łóżek jest niskie, a wskaźnik łóżek na 10 tys. ludności przekracza ponad dwukrotnie wskaźnik kierunkowy. Zalecany wskaźnik kierunkowy wynosi 0,5 łóżek/10 tys. mieszkańców.

Oddziały dermatologiczne w 2000 r.

- liczba łóżek	- 192
- wskaźnik łóżek na 10 tys. ludności	- 1,1
- wskaźnik wykorzystania	- 75,6%
- przeciętny czas pobytu	- 13,0

W 2000 roku został zlikwidowany oddział dermatologiczny w Świnoujściu.

Zadania:

1. Zmniejszenie liczby łóżek w tych oddziałach, gdzie wykorzystanie łóżek jest poniżej 85%,
2. Rozwijanie wykonywania zabiegów jednego dnia,
3. Tworzenie opieki długoterminowej dla przewlekle chorych na choroby dermatologiczne,
4. Skrócenie czasu pobytu w oddziałach.

Oddziały gruźlicy i chorób płuc znajdują się w 5 szpitalach województwa. Wskaźnik wykorzystania łóżek jest zbyt niski, by uznać działalność oddziałów za efektywną. Określona liczba łóżek na poziomie wskaźnika kierunkowego winna być utrzymana ze względu na fakt, że leczenie gruźlicy i chorób płuc jest długotrwałe, skomplikowane i wciąż notuje się nowe zachorowania na gruźlicę i choroby nieswoiste płuc. Zalecany wskaźnik kierunkowy wynosi 2,1 łóżka /10 tys. mieszkańców.

Oddziały gruźlicy i chorób płuc w 2000 r.

- liczba łóżek	- 453
- wskaźnik łóżek na 10 tys. ludności	- 2,6
- wskaźnik wykorzystania	- 69,7%,
- przeciętny czas pobytu	- 13,3

Zadania:

1. Zmniejszenie liczby łóżek do wysokości wskaźnika kierunkowego,
2. Zachowanie dotychczasowej lokalizacji oddziałów,
3. Przekształcenie łóżek w oddziale pulmonologicznym w Szpitalu Chorób Płuc i Gruźlicy SP ZOZ Opieka Długoterminowa w Tucznie na łóżka opieki długoterminowej,
4. Utworzenie oddziałów opieki długoterminowej w Wojewódzkim Zakładzie Gruźlicy i Chorób Płuc w Szczecinie i w Specjalistycznym Zespole Gruźlicy i Chorób Płuc w Koszalinie.

Oddziały kardiologiczne

W szpitalach województwa zachodniopomorskiego funkcjonuje 5 oddziałów kardiologicznych. Rozmieszczenie ich obrazuje mapa Nr 9. Zalecany wskaźnik kierunkowy wynosi 1,4/10 tys. mieszkańców i jest w województwie zachodniopomorskim spełniony.

Podstawowe wskaźniki funkcjonowania oddziałów kardiologicznych w 2000 roku przedstawiają się następująco:

- liczba łóżek	- 253
----------------	-------

- wskaźnik łóżek na 10 tys. ludności - 1,5
- wskaźnik wykorzystania - 85,5%,
- przeciętny czas pobytu - 7,3

Zadania:

1. Stan liczbowy łóżek w oddziałach kardiologicznych należy utrzymać na dotychczasowym poziomie lub nieco zwiększyć zwłaszcza na potrzeby kardiologii inwazyjnej,
2. Należy rozwijać w województwie trzy ośrodki kardiologii wysokospecjalistycznej: dwa w Szczecinie i jeden w Koszalinie,
3. Dopuszczenie ośrodka koszalińskiego w aparaturę specjalistyczną,
4. Usprawnienie systemu doraźnej pomocy chorym w stanach zawałowych serca,
5. Aktywny udział oddziałów kardiologicznych w promocji zdrowia i profilaktyce chorób układu krążenia.

Oddziały onkologiczne

Obecnie w województwie zachodniopomorskim zasadniczą bazę leczenia nowotworów jest Regionalny Szpital Onkologiczny w Szczecinie. Z jego usług korzystają również pacjenci spoza województwa zachodniopomorskiego.

Za łóżka onkologiczne uważa się łóżka w oddziałach: chirurgii onkologicznej, chemioterapii i radioterapii. Rozmieszczenie oddziałów onkologicznych na terenie województwa obrazuje mapa Nr 8. Leczenie nowotworów odbywa się również w innych placówkach szpitalnych zwłaszcza w zakresie hematologii, chirurgii różnych specjalności, ginekologii i chemioterapii.

Zalecany wskaźnik kierunkowy wynosi 1,5 łóżek/10 tys. mieszkańców.
Podstawowe wskaźniki funkcjonowania oddziałów onkologii szpitalnej w 2000 r.

przedstawiało się następująco:

- Liczba łóżek - 220
- wskaźnik łóżek na 10 tys. ludności - 1,3
- wykorzystanie łóżek - 89,5%
- przeciętny czas pobytu - 9,1

W 2000 r. powstał 15-łóżkowy oddział chemioterapii w Specjalistycznym Szpitalu im.

A. Sokołowskiego w Szczecinie, a oddział radioterapii w Regionalnym Szpitalu

Onkologicznym w Szczecinie został powiększony o 43 łóżka.

Chemioterapia jest wykonywana również w innych szpitalach. Specjalnie wyodrębnione i dostosowane tego celu pomieszczenia z łózkami służącymi do podawania leków cytostatycznych są w następujących zakładach:

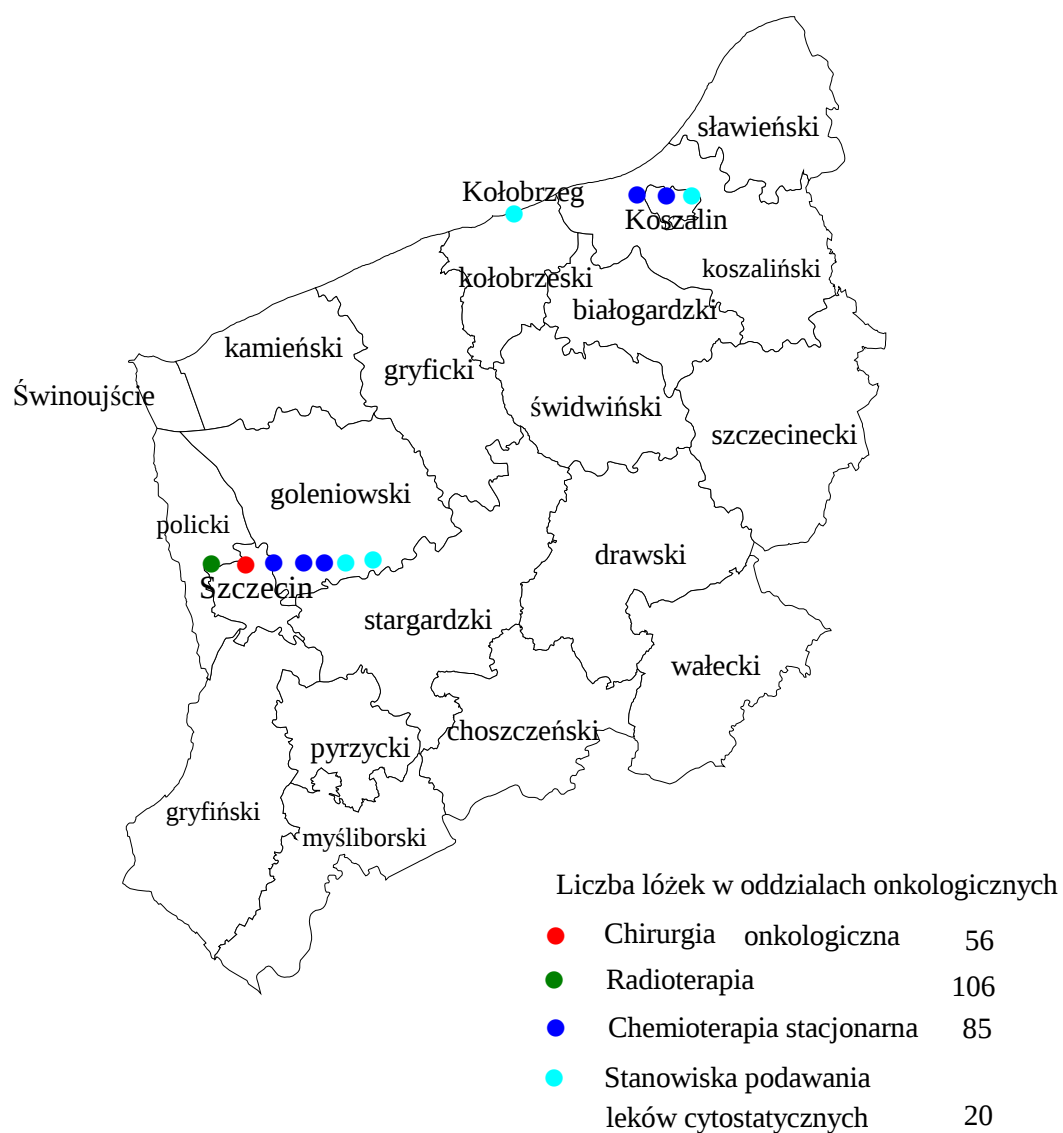
1. SP Wojewódzki Zakład Gruzlicy i Chorób Płuc w Szczecinie
2. Specjalistyczny Zespół Gruzlicy i Chorób Płuc w Koszalinie
3. Szpital Wojewódzki w Koszalinie
4. Zakład Opieki Zdrowotnej w Kołobrzegu
5. SP Szpitale Kliniczne Nr 1 i 2 w Szczecinie.

Zadania:

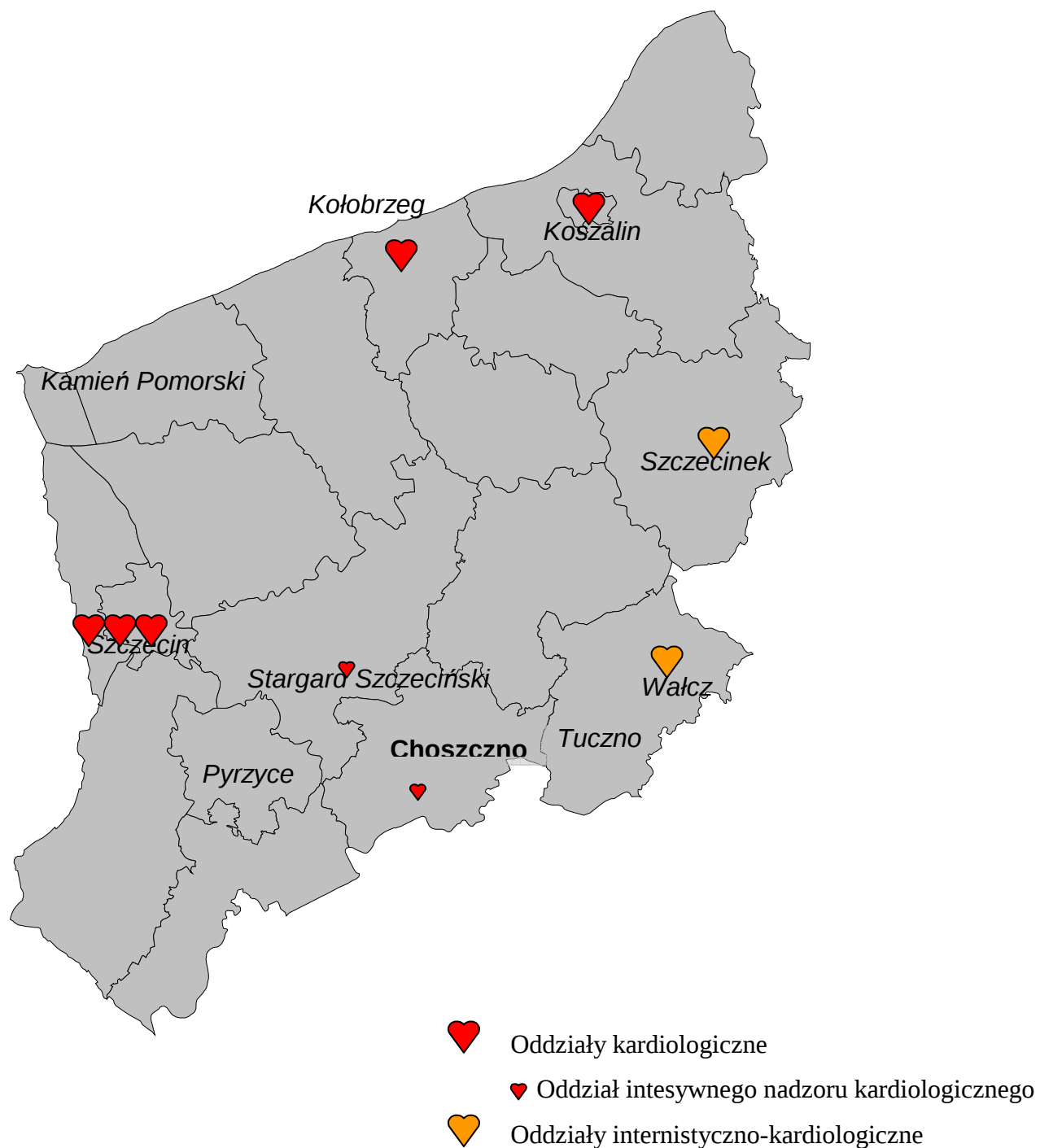
Ze względu na szacowany wzrost zachorowań na nowotwory należy planować:

1. Wzmocnienie możliwości radioterapii, która ze względu na kosztowną infrastrukturę może być rozwijana wyłącznie na bazie istniejącej radioterapii w Regionalnym Szpitalu Onkologicznym w Szczecinie,
2. Dokończenie budowy oddziału hematologii dziecięcej,
3. Docelowo utworzenie około 40 łóżek onkologicznych zwłaszcza dla potrzeb radioterapii w Regionalnym Szpitalu Onkologicznym i chemioterapii w Gryficach, Wałczu i Choszcznie,
4. Wyodrębnienie łóżek szpitalnych lub miejsc pobytu dziennego w szpitalach wykonujących chemioterapię.
5. Odnowienie aparatury radiologicznej i infrastruktury niezbędnej do jej funkcjonowania w Regionalnym Szpitalu Onkologicznym.

Mapa Nr 8 Rozmieszczenie oddziałów onkologicznych na terenie województwa zachodniopomorskiego (dane za 2000 rok).



Mapa Nr 9 Rozmieszczenie oddziałów kardiologicznych na terenie województwa zachodniopomorskiego (dane za 2000 rok)



Oddziały ortopedyczno-urazowe w województwie zachodniopomorskim funkcjonują w 9 szpitalach. Ich wykorzystanie w 1999 r. kształtowało się na niskim poziomie 66%, co można wiązać z niewystarczającą ilością możliwości hospitalizacji. Zalecany wskaźnik kierunkowy wynosi 2,2 łóżek/10 tyś. mieszkańców.

Oddziały ortopedyczne w 2000 r.

- Liczba łóżek	- 374
- wskaźnik łóżek na 10 tys.ludności	- 2,1
- wykorzystanie łóżek	- 78,3%
- przeciętny czas pobytu	- 10,2

Zadania:

1. Intensywniejsze wykorzystanie łóżek w granicach 85% i skrócenie czasu pobytu do około 8 dni,
2. Odciążenie oddziałów ortopedyczno-urazowych w Szczecinie i Koszalinie,
3. Lepsze wykorzystanie oddziałów ortopedyczno-urazowych w szpitalach powiatowych przy ścisłej współpracy z oddziałami wiodącymi,
4. Poprawienie zaopatrzenia w endoprotezy i stabilizatory kończyn,
5. Doposażenie w nowoczesną aparaturę diagnostyczną.

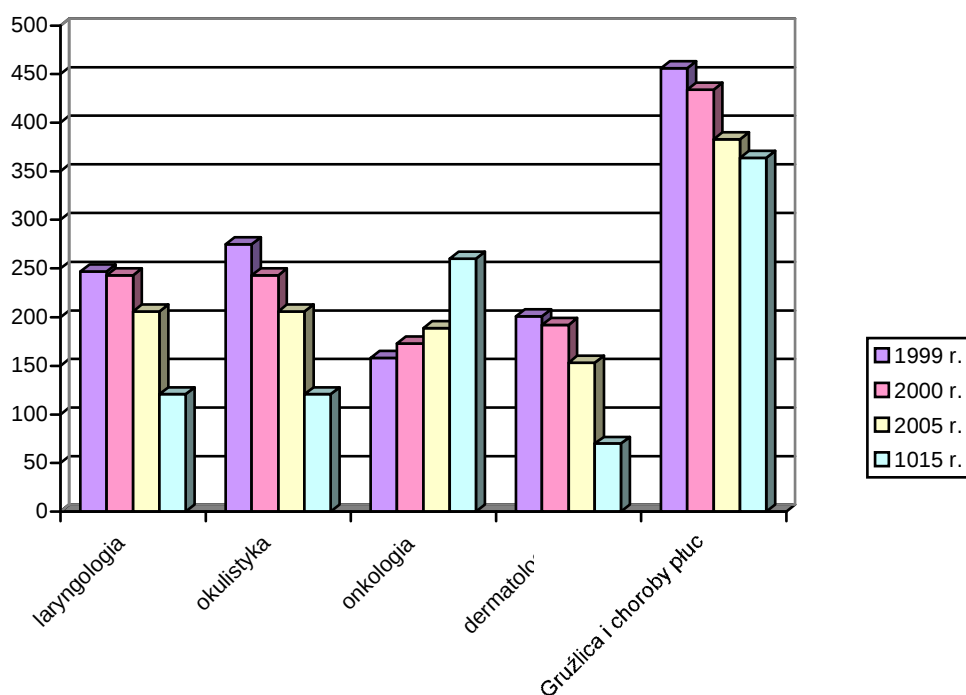
W niniejszym materiale przedstawiono analizę wybranych oddziałów specjalistycznych, a w szczególności tych, które wymagają przeprowadzenia niezbędnych zmian dla zapewnienia właściwej opieki medycznej. Oddziały specjalistyczne występujące pojedynczo oraz te, których ilość jest zgodna z zapotrzebowaniem pozostawiono bez zmian.

Planując strukturę i bazę oddziałów specjalistycznych uwzględniono: epidemiologię i problemy zdrowotne mieszkańców województwa, intensywność wykorzystania łóżek, wskaźniki kierunkowe Ministerstwa Zdrowia, sugestie specjalistów wojewódzkich oraz własne analizy i prognozy.

Tabela Nr 279 Planowane zmiany w liczbie łóżek w niektórych oddziałach specjalistycznych
do 2015 r.

	laryngologia	okulistyka	onkologia	dermatologia	Gruźlica i choroby płuc
1999 r.	247	275	158	201	456
2000 r.	243	270	173	192	453
2005 r.	206	206	189	153	383
2015 r..	121	121	260	70	364

Wykres Nr 21 Struktura planowanych zmian w liczbie łóżek na przestrzeni lat 1999- 2015 r.



Należy przeciwdziałać tworzeniu i utrzymywaniu
wysokospecjalistycznych oddziałów w małych ośrodkach.

2.4.4 Struktura zasobów opieki długoterminowej

Do opieki długoterminowej zaliczono oddziały: rehabilitacyjne, pielęgnacyjno-opiekuńcze, opiekuńczo-lecznicze, opieki paliatywnej. Oddziały psychiatryczne uznawane za oddziały opieki długoterminowej wyodrębniono w planowaniu osobno.

Dzięki uzyskaniu wolnych łóżek kosztem części opieki krótkoterminowej zakłada się rozbudowę bazy łóżek długoterminowych o charakterze: opiekuńczo-leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym oraz zwiększenie dostępności do stacjonarnej opieki paliatywnej i rehabilitacji leczniczej.

Oddział/szpital opieki długoterminowej jest zakładem całodobowej opieki stacjonarnej dla pacjentów, u których w czasie przyjęcia występowała potrzeba dalszego udzielania systematycznych świadczeń o charakterze medycznym i opiekuńczym.

Jedną z głównych cech odróżniających szpital/oddział opieki długoterminowej od krótkoterminowej jest istotne ograniczenie zaplecza diagnostycznego i zabiegowego na korzyść zaplecza rehabilitacyjnego i socjalnego.

W porównaniu z domem pomocy społecznej szpital opieki długoterminowej ma wyższy standard opieki lekarskiej, większy zakres usług rehabilitacyjnych i pielęgnacyjnych, a pobyt pacjentów nie ma charakteru stałego.

Zadaniem szpitala/oddziału opieki długoterminowej jest przede wszystkim stworzenie warunków do rekonwalescencji i rehabilitacji pacjentów, którzy nie kwalifikują się do dalszej hospitalizacji w szpitalu opieki krótkoterminowej, *ale jednocześnie nie kwalifikują się do wypisania ze szpitala i powrotu do domu lub pracy.*

Dążenie do osiągnięcia wskaźnika kierunkowego - 12,0 łóżek na 10 tys. ludności dla opieki długoterminowej należy traktować w sposób pomocniczy. Organizacja łóżek opieki

długoterminowej uwarunkowana jest w dużej mierze sposobem finansowania poprzez zawarte kontrakty z kasą chorych.

Liczba łóżek w opiece długoterminowej w województwie zachodniopomorskim w:

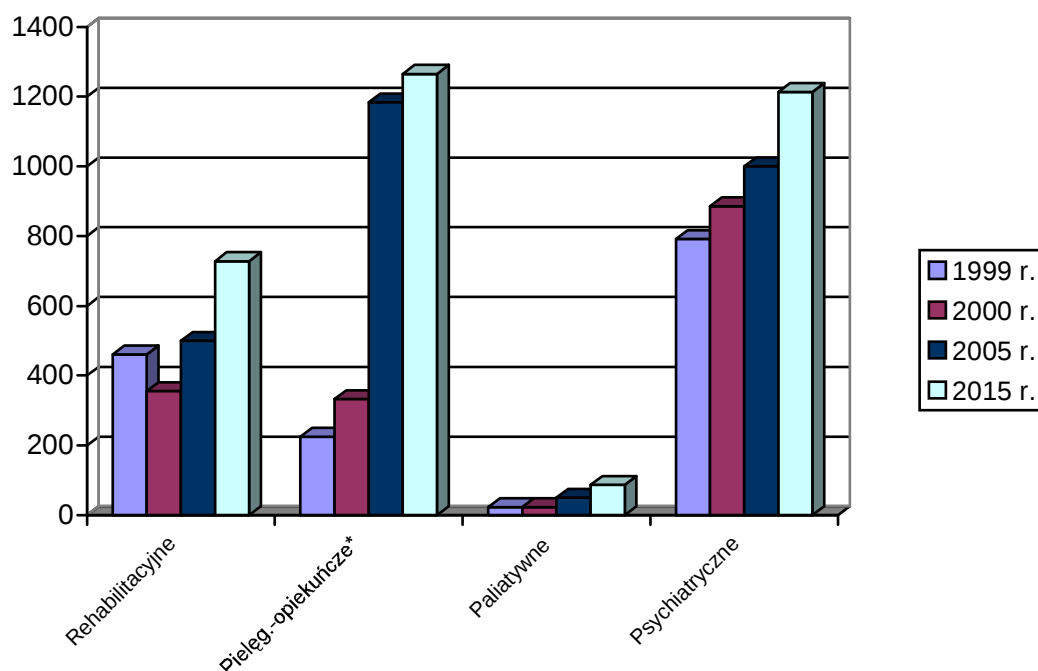
- 1999 roku 709 łóżek wskaźnik 4,1/10 tys. mieszkańców.
- 2015 roku 2080 łóżek wskaźnik 12,0/10 tys. mieszkańców.

Tabela Nr 40 Liczba łóżek w oddziałach opieki długoterminowej i psychiatrycznej na przestrzeni 1999-2015 r.

	Rehabilitacyjne	Pielęg.-opiekuńcze*	Paliatywno-hospicyjna	Psychiatryczne
1999 r.	461	225	23	792
2000 r.	356	333	23	886
2005 r.	500	1183	50	1000
2015 r.	728	1265	87	1213

*uwzględniono oddziały opiekuńczo-lecznicze i geriatryczne

Wykres Nr 22 Struktura łóżek w oddziałach opieki długoterminowej i psychiatrycznej na przestrzeni 1999-2015 r.



Przy planowaniu liczby łóżek w opiece długoterminowej do osiągnięcia w 2015 r. posłużono się wskaźnikiem kierunkowym Ministerstwa Zdrowia, 12 łóżek/10 tys. mieszkańców, który był zalecany do realizacji w 2002 i 2005 r.

Postępowanie takie wynika stąd, że niemożliwe jest zwiększenie łóżek opieki długoterminowej we wskazanych ilościach w terminie do 2002 roku z powodu między innymi niejasnej deklaracji kasy chorych co do przyszłego finansowania tego rodzaju opieki.

Wskaźniki liczby łóżek opieki długoterminowej/10 tys. ludności zakładany do osiągnięcia w województwie zachodniopomorskim do 2015 r..

- | | |
|----------------------------|--------|
| - rehabilitacja | - 4,2 |
| - pielęgnacyjno-opiekuńcze | - 7,3 |
| - paliatywne | - 0,5 |
| - psychiatryczne | - 7,0. |

A. Oddziały / zakłady opiekuńcze.

Opieka długoterminowa może funkcjonować w formie oddziałów / zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, opiekuńczo-leczniczych o profilu odpowiednio dostosowanym do aktualnych potrzeb mieszkańców. Zakłady takie powinny być przeznaczone głównie dla pacjentów w zaawansowanym wieku, którzy są w okresie rekonwalescencji po pobycie w szpitalu/oddziale opieki krótkoterminowej i mają problemy z samoobsługą, są samotni, wymagają przez pewien czas opieki pielęgnacyjnej połączonej z możliwością dietetycznego żywienia i zabiegów z zakresu fizjoterapii. Dotyczy to zwłaszcza osób ze zmianami spowodowanymi starością takich jak: otępienie starcze, choroba Alzheimera oraz osób po przebytym udarze mózgowym.

Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy jest zakładem stacjonarnym, w którym prowadzi się opiekę całodobową, obejmującą świadczenia o charakterze pielęgnacyjnym, opiekuńczym i rehabilitacyjnym z uwzględnieniem kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego dla pacjentów nie wymagających leczenia szpitalnego. W odróżnieniu od domu pomocy społecznej, pobyt pacjentów w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym ma charakter okresowy.

Zakład opiekuńczo-leczniczy udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem kontynuację leczenia, pielęgnację i rehabilitację osób nie wymagających hospitalizacji oraz zapewnia im środki farmaceutyczne i materiały medyczne, pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia.

Zadania:

1. Szpitale, które nie posiadają czterech podstawowych oddziałów i minimum 100 łóżek winny zostać przekształcone w zakłady opieki długoterminowej,
2. Docelowo należy zwiększyć łącznie liczbę łóżek długoterminowych w województwie do 2080, tak by uzyskać wskaźnik 12 łóżek/10 tys. mieszkańców,
3. Oddziały pielęgnacyjno-opiekuńcze i opiekuńczo-lecznicze powinny powstawać jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta, przy wykorzystaniu bazy szpitali powiatowych,
4. W zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych nie przewiduje się organizacji oddziałów o charakterze hospicyjnym.

B. Oddziały opieki paliatywnej

Ostatnie lata charakteryzują się wzrostem liczby zachorowań i zgonów na chorobę nowotworową. Dlatego coraz poważniejszym problemem staje się opieka nad pacjentami, wobec których podstawowe leczenie onkologiczne zakończyło się niepowodzeniem, a choroba rozwija się.

Opieka paliatywna obejmuje chorych w okresie terminalnym i chorych umierających, którzy powinni być leczeni w celu zmniejszenia cierpień fizycznych i psychicznych z jednoczesnym zapewnieniem warunków godnego umierania.

W chwili obecnej na terenie województwa zachodniopomorskiego pacjenci w terminalnej fazie choroby najczęściej przebywają w oddziałach onkologicznych, oddziałach chorób wewnętrznych i innych. Wyodrębnione cztery łóżka opieki paliatywnej znajdują się jedynie w Regionalnym Szpitalu Onkologicznym w Szczecinie.

W okresie zaawansowanej choroby nowotworowej pacjent powinien mieć możliwość dalszego leczenia i opieki w zależności od nasilenia stanu chorobowego i sytuacji rodzinnej w:

- oddziale opieki paliatywnej zlokalizowanym w szpitalu, gdy konieczne jest zapewnienie specjalistycznej opieki i leczenia trudnych do kontroli objawów choroby,
- zespole opieki paliatywnej, którego zadaniem jest zapewnienie leczenia i pielęgnacji w środowisku domowym.

Zadania:

1. Należy zorganizować na obszarze województwa zachodniopomorskiego sieć oddziałów opieki paliatywnej z ogólną liczbą 87 łóżek. Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia należy zapewnić 1 łóżko na 20 000 mieszkańców,
2. Łóżka opieki paliatywnej powinny być tworzone na terenie każdego powiatu z wykorzystaniem bazy szpitali powiatowych,
3. Zorganizowanie na terenie każdego powiatu zespołów opieki paliatywnej ambulatoryjnej i domowej.

C. Opieka hospicyjna

Opieka hospicyjna nad chorym w stanie terminalnym choroby nowotworowej opiera się na działalności zespołów hospicyjnych, często wolontariuszy. W skład zespołu hospicyjnego wchodzi: lekarz, pielęgniarz, duchowny, psycholog oraz członkowie rodziny umierającego.

Celem opieki hospicyjnej stacjonarnej i domowej jest umożliwienie choremu godnego przeżycia terminalnego okresu choroby poprzez leczenie objawowe, pielęgnację, wsparcie duchowe oraz towarzyszenie i pomoc choremu w zmniejszeniu cierpienia i lęku.

W województwie zachodniopomorskim znajdują się dwa Hospicja Stacjonarne o łącznej liczbie 23 łóżek, prowadzone przez stowarzyszenia kościelne w:

- Koszalinie - 6 łóżek
- Szczecinie - 17 łóżek.

Hospicjum jest samodzielny zakładem opieki zdrowotnej sprawującym wielodyscyplinarną opiekę: medyczną, psychologiczną, duchową i społeczną nad chorymi znajdującymi się w terminalnym okresie choroby, głównie choroby nowotworowej oraz opiekę nad rodzinami chorych.

Zadania:

1. Wypracowanie zasad ścisłej współpracy między opieką hospicyjną a szpitalnymi oddziałami opieki paliatywnej i zespołami ambulatoryjnej i domowej opieki paliatywnej,
2. Rozwój opieki hospicyjnej na poziomie powiatów.

D. Oddziały rehabilitacyjne

W 2000 r. w województwie zachodniopomorskim oddziały rehabilitacyjne funkcjonowały w 8 szpitalach w: Szczecinie, Koszalinie, Białogardzie, Choszczynie, Gryficach, Nowym Czarnowie, Kołobrzegu i Stargardzie Szczecińskim.

- Liczba łóżek	- 356
- Wskaźnik łóżek na 10 tys. ludności	- 2,1
- Wskaźnik kierunkowy na 10 tys.ludności	- 4,2
- Wskaźnik wykorzystania	- 79,8%
- Przeciętny pobyt	- 17,2

Zadania:

1. **Zwiększenie liczby łóżek rehabilitacyjnych w województwie docelowo do 728,**
2. Tworzenie nowych oddziałów ogólnorehabilitacyjnych ze szczególnym uwzględnieniem chorych po urazach narządu ruchu, po udarach mózgowych,
3. Utworzenie ośrodka leczenia usprawniającego chorych z tetra- i paraplegią po urazach kręgosłupa.

2.4.5 Oddziały opieki psychiatrycznej

Ochrona zdrowia psychicznego jest zadaniem wszystkich samorządów terytorialnych. Opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi jest wykonywana w ramach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, zwłaszcza – w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej, środowiskowej oraz domach pomocy społecznej. Oparcie społeczne dla osób, które z powodu choroby psychicznej mają trudności w życiu codziennym, organizują w różnych formach powiatowe centra pomocy rodzinie i gminne ośrodki zdrowia na obszarze swego działania w porozumieniu z zakładami psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Szacuje się, że około 30% populacji może doświadczyć w pewnym momencie życia zaburzeń w zdrowiu psychicznym. Większość z tych ludzi radzi sobie bez żadnej pomocy medycznej, jednakże 10% potrzebuje i szuka wsparcia w opiece zdrowotnej, a około 1% z nich zapada na zdrowiu psychicznym na czas dłuższy.

Lecznictwo stacjonarne psychiatryczne, odwykowe w województwie zachodniopomorskim funkcjonuje na bazie 886 łóżek, wskaźnik 5,1 łóżek/10 tys. mieszkańców, w tym jest 766 łóżek opieki stacjonarnej i 120 łóżek w oddziałach dziennych. Ministerstwo Zdrowia zaleca wskaźnik kierunkowy 7 łóżek/10 tys. mieszkańców. Przy przyjęciu tego wskaźnika w województwie zachodniopomorskim powinno być 1213 łóżek opieki psychiatrycznej. (Tabela Nr 14, str.49 w Części diagnostycznej przedstawia rozmieszczenie oddziałów psychiatrycznych w województwie zachodniopomorskim w 2000 r.)

Najważniejszym celem rozwoju lecznictwa psychiatrycznego jest dążenie do zapewnienia równomiernej dostępności świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców województwa zgodnie z zasadami nowoczesnej psychiatrii i założeniami Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Przy określeniu pożądanych kierunków rozwoju lecznictwa psychiatrycznego wykorzystane zostały założenia dotyczące programu rozwoju psychiatrycznej opieki zdrowotnej i propozycje dotyczące sieci zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej opracowane przez Specjalistę Wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii.

Podstawowymi środkami i metodami zmierzającymi do dostosowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej do potrzeb mieszkańców województwa jest poprawa dostępności i zróżnicowanie psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dorosłych, dzieci i młodzieży oraz dla uzależnionych od alkoholu i substancji psychoaktywnych, a także dążenie do osiągnięcia pożądanego poziomu zatrudnienia i wykształcenia fachowych kadr.

Poprawa jakości psychiatrycznej i odwykowej opieki zdrowotnej uwarunkowana jest powstaniem odpowiedniej bazy materialnej, zapewnieniem ciągłości opieki psychiatrycznej poczynając od profilaktyki, edukacji zdrowotnej, opieki ambulatoryjnej, całodobowej, pośredniej i środowiskowej po szybki przepływ informacji o chorym wypisywanym ze szpitala.

O braku zaspokojenia potrzeb zdrowotnych populacji w zakresie leczenia psychiatrycznego świadczą wskaźniki wykorzystania łóżek psychiatrycznych przekraczające 100% oraz konieczność kontraktowania przez Zachodniopomorską Regionalną Kasę Chorych psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych poza województwem zachodniopomorskim.

Zadania:

1. Dążyć do osiągnięcia wskaźnika 7 łóżek/10 tys. mieszkańców. Będzie to przebiegać w drodze zwiększenia liczby oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych przy uwzględnieniu wskaźnika 1,6 łóżka/10 tys. mieszkańców,
2. Organizowanie psychiatrycznych oddziałów dziennych,
3. Rozwijanie leczenia psychiatrycznego pośredniego winno odbywać się poprzez tworzenie następujących nowych oddziałów i form opieki psychiatrycznej:
 - Oddziały dzienne dla dorosłych powinny powstać w Choszcznie, Stargardzie Szczecińskim i Szczecinku,
 - Oddziały dzienne dla dzieci i młodzieży w Szczecinie i Koszalinie,
 - Zespoły leczenia środowiskowego powinny powstać w Koszalinie, Szczecinku, Stargardzie Szczecińskim,
 - Oddziały dzienne odwykowe powinny funkcjonować w Stargardzie Szczecińskim, Szczecinie, Świnoujściu i Koszalinie,
 - Oddziały opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne – 3 oddziały po 30-40 łóżek,
 - Hostele – w Koszalinie i Szczecinie.
4. Wykorzystanie infrastruktury uzdrowiskowej

2.4.6 Tworzenie nowych, alternatywnych form opieki stacjonarnej

Miejsca szpitalne uzyskane w wyniku redukcji łóżek w niektórych oddziałach krótkoterminowych powinny być wykorzystane zarówno na poprawę warunków leczenia oraz na organizowanie alternatywnych form opieki stacjonarnej, w tym oddziały dzienne i chirurgii jednego dnia. Opieka krótkoterminowa powinna być również odciążona przez wprowadzenie hospitalizacji domowej.

A. Dzienna opieka szpitalna

W województwie zachodniopomorskim funkcjonuje 69 miejsc w oddziałach dziennych niepsychiatrycznych w tym 53 miejsca w stacjach dializ, co daje wskaźnik 0,4 łóżka / 10 tys. ludności.

Oddział dzienny w szpitalu opieki krótkoterminowej realizuje świadczenia diagnostyczne, leczenie zachowawcze i operacyjne. Opieka dzienna może być realizowana bądź w formie wydzielonych oddziałów szpitalnych dziennych, bądź w formie wydzielonych odcinków lub sal dziennego pobytu, funkcjonujących w ramach tradycyjnego oddziału szpitalnego świadczącego opiekę całodobową. Szpitalna opieka dzienna organizowana jest zarówno dla dzieci jak i dorosłych.

Zadania:

1. Osiągnięcie wskaźnika 0,7 łóżek / 10 tys. ludności czyli utworzenie około 53 miejsc opieki dziennej,
2. Główną uwagę należy poświęcić organizacji oddziałów dziennych: zabiegowych, szybkiej diagnostyki, rehabilitacji, chemioterapii,
3. Tworzenie centrów zdrowia.

B. Chirurgia jednego dnia

Z ogólnej liczby łóżek krótkiego pobytu należy przeznaczyć w toku procesu przekształceń 5% potencjału dla chirurgii dziennej, co może w efekcie podnieść liczbę hospitalizacji i liczbę wykonywanych procedur chirurgicznych przyczyniając się do możliwości zwiększenia leczenia dodatkowych pacjentów.

Zadanie:

1. Miejsca dla chirurgii jednego dnia powinny powstawać przy każdym oddziale chirurgicznym przy uwzględnieniu rodzaju jednostki chorobowej i miejsca zamieszkania pacjenta oraz jego warunków bytowych.

C. Hospitalizacja domowa

Opieka szpitalna powinna być odciążona m.in. poprzez wprowadzenie hospitalizacji domowej czyli medycznej opieki domowej. Sprawny system opieki nad chorym w domu znacznie zmniejszy zapotrzebowanie na leczenie stacjonarne i dotyczy tylko tych chorych, którzy mają rodziny i dobre warunki mieszkaniowe.

Hospitalizacja domowa czyli sprawowanie medycznej opieki o odpowiednim zakresie i jakości nad chorym przebywającym w domu. Medyczna opieka domowa sprawowana przez szpitale, stanowi obszar pomiędzy leczeniem i opieką szpitalną, a leczeniem i opieką nad chorym w warunkach domowych.

Starzenie się populacji ma zasadniczy wpływ na potrzebę rozwoju hospitalizacji domowej. Dotyczy to głównie leczenia chorób przewlekłych oraz prowadzenia opieki paliatywnej.

Zadania:

1. Rozwinięcie domowej opieki psychiatrycznej, pediatrycznej i w chorobach wewnętrznych.

2.4.7 Standaryzacja jakości świadczenia usług medycznych

Zapewnienie wysokiej jakości świadczeń medycznych jest istotnym elementem procesu reformowania opieki zdrowotnej. W zakładach opieki zdrowotnej istnieje potrzeba określenia skutecznych metod zabezpieczenia właściwego poziomu i sposobu świadczenia usług oraz ich stałego doskonalenia.

Zasadniczym warunkiem osiągnięcia i utrzymania wysokiej jakości jest podnoszenie standardów jakości w sposób odpowiedni do potrzeb i możliwości.

Celami wprowadzania standardów i wytycznych jest przede wszystkim:

- **Poprawa jakości świadczonych usług,**
- **Zapewnienie dostępu do aktualnej wiedzy,**
- **Poprawa procesu podejmowania decyzji przez personel medyczny,**
- **Opracowanie narzędzi oceny jakości świadczonych usług,**
- **Optymalizacja kosztów i jakości usług medycznych.**

Podstawę do opracowania standardów lokalnych i standardów stosowanych w zakładach opieki zdrowotnej stanowią standardy opracowane przez zespoły specjalistów pracujących przy Ministerstwie Zdrowia. Standardy dotyczą 42 specjalności medycznych i każdy z nich jest opracowany w dwóch częściach:

Część I: Standardy świadczenia usług zdrowotnych nabywanych przez Kasy Chorych, które opisywane są poprzez następujące parametry:

- **kwalifikacje personelu wykonującego usługi określonego rodzaju,**
- **zakres jednostek chorobowych leczonych w poradni i szpitalu,**
- **zakres procedur wykonywanych w poradni i szpitalu**
- **konieczny zakres wyposażenia w sprzęt,**
- **minimalne doświadczenie kliniczne przy wykonywaniu określonych procedur.**

Część II: Standardy postępowania medycznego opisują :

- **Problemy zdrowotne szczególnie istotne dla populacji polskiej,**
- **Zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez lekarza poz,**
- **Wytyczne wspomagające decyzję lekarza dotyczące diagnostyki i terapii,**
- **zasady „dobrej praktyki medycznej” określające wskaźniki jakości opieki zdrowotnej.**

Zadania:

1. Dostosowanie działalności zakładów opieki zdrowotnej do określonych standardów,
2. Spełnienie wymagań określonych w standardach postępowania medycznego,
3. Dostosowanie wyposażenia w sprzęt do obowiązujących standardów.

2.4.8 Poprawa stanu technicznego infrastruktury szpitalnej

Stan sanitarny i techniczny infrastruktury szpitalnej w województwie zachodniopomorskim wymaga pilnych remontów i modernizacji w celu dostosowania się do wymaganych norm powierzchniowych i sanitarnych.

Obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Zdrowotnej z dnia 21 września 1992 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej nie jest w pełni zrealizowane. Świadczą o tym corocznie przedkładane Samorządowi Województwa przez Zachodniopomorskiego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego opracowanie „Ocena stanu sanitarnego obiektów służby zdrowia” informujące o występowaniu wielu uchybień w tym zakresie na terenie województwa.

Funkcjonalność poszczególnych odcinków zakładów opieki zdrowotnej wykazuje znaczne braki, szczególnie częste są one w blokach operacyjnych, gdzie nie ma właściwego oddzielenia pracowników, pacjentów oraz materiału sterylnego.

Brak jest odpowiedniej dezynfekcji łóżek szpitalnych. Jedyna stacja dezynfekcji łóżek funkcjonuje w szpitalu Powiatowym w Policach. W pozostałych szpitalach dezynfekcja łóżek wykonywana jest po wypisie pacjenta w salach chorych.

Komory dezynfekcyjne służące do dezynfekcji poduszek i koców są czynne tylko w 4 szpitalach, a w 9 szpitalach na terenie województwa nie ma komór dezynfekcyjnych.

Większość izb przyjęć jest нефunkcjonalna. Podstawowe wady to: brak ogólnej izby przyjęć, zła lokalizacja izb przyjęć, brak połączeń dźwigowych z blokiem operacyjnym.

Podobna sytuacja występuje w pomieszczeniach działalności pomocniczej: kuchniach, pralniach, kotłowniach.

Niedostatecznie jest rozwiązana gospodarka odpadami medycznymi. Gromadzenie, usuwanie i unieszkodliwianie odpadów medycznych odbywa się w większości szpitali w sposób nieprawidłowy. W wielu zakładach odpady medyczne gromadzone są w pojemnikach ustawionych na otwartym terenie. Tylko w dwóch szpitalach odpady

pooperacyjne przechowywane są w specjalnych zamrażarkach. W niektórych szpitalach odpady są spalane w spalarniach i kotłowniach nie spełniających wymogów ochrony środowiska.

Tylko w pięciu szpitalach są zastosowane nowoczesne metody utylizacji odpadów medycznych:

- Samodzielny Szpital Kliniczny Nr 2 w Szczecinie,
- SP Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie,
- Szpital Powiatowy w Wałczu,
- Szpital Powiatowy w Połczynie Zdroju,
- Zespół Opieki Zdrowotnej w Kołobrzegu.

Zadania:

1. Dostosowanie pomieszczeń zakładów opieki zdrowotnej do wymogów powierzchniowych,
2. Modernizacje systemów ciepłowniczych,
3. Budowa centralnych stacji przygotowywania łóżek,
4. Budowa zbiorników retencyjnych zaopatrzenia w wodę,
5. Dostosowanie bloków operacyjnych i izb przyjęć do wymogów sanitarno-technicznych,
6. Budowa spalarni odpadów medycznych.

2.4.9 Akredytacja szpitali

Zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców poprzez wzrost nakładów finansowych bez jednoczesnego wprowadzenia nowych mechanizmów poprawy efektywności i jakości opieki zdrowotnej nie jest w stanie zagwarantować odpowiedniego zakresu i poziomu świadczeń.

Osiągnięcie tego zamierzenia zakłada wprowadzenie akredytacji do zakładów opieki zdrowotnej. **Akredytacja oznacza procedurę oceny placówki opieki zdrowotnej z zewnątrz.** Obecnie generalną zasadą akredytacji jest jej dobrowolność. Jest to jednak nie tylko procedura, ale również posiadanie statusu jednostki akredytowanej. Stanowi dowód

spełnienia wymogów – ściśle określonych standardów akredytacyjnych, świadczących o osiągnięciu odpowiednio wysokiego poziomu świadczeń.

Akredytację uzyskać mogą tylko szpitale najlepsze, wprowadzające innowacje w opiece. Stanowi to „publiczną reklamę” przeciwdziałając negatywnym opiniom o poziomie usług medycznych ukazując zainteresowanie sprawami pacjentów.

Obecnie w województwie zachodniopomorskim uzyskały certyfikat akredytacyjny Szpital Wojewódzki w Koszalinie i Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie.

Korzyścią faktu otrzymania certyfikatu akredytacyjnego jest nie tylko ułatwienie marketingu oraz w przyszłości kontraktowaniu usług medycznych, ale też sprzyjanie wzrostowi konkurencyjności szpitala. Szpital posiadający akredytację winien być promowany przy uzyskiwaniu środków finansowych na modernizację, zakup sprzętu i aparatury medycznej.

Zadania:

1. Dążenie szpitali do spełnienia wymagań w zakresie określonych standardów udzielania świadczeń zdrowotnych i funkcjonowania szpitali,.
2. Uzyskiwanie przez szpitale certyfikatu akredytacyjnego,
3. Wprowadzenie systemu premiowania akredytowanych szpitali .

3. Ratownictwo medyczne

3.1 System organizacji ratownictwa medycznego – Sieć Zintegrowanego Ratownictwa Medycznego

Informacje ogólne dotyczące występowania ewentualnych zagrożeń w województwie zachodniopomorskim i skali możliwości zaangażowania systemu ratownictwa:

Przez województwo zachodniopomorskie przebiegają ważne połączenia transportowo-komunikacyjne: 3 główne magistrale kolejowe, 6 dróg krajowych (w tym autostrada do Berlina) i droga wodna na rz. Odra. Drogowe połączenia europejskie to: północ-południe ze Skandynawii na Czechy, Węgry oraz w kierunku półwyspu Bałkańskiego.

W województwie zachodniopomorskim zlokalizowanych jest 16 przejść granicznych – drogowe, kolejowe, morskie, rzeczne.

Gospodarka województwa zachodniopomorskiego to ok. 130 tys. firm zatrudniających ok. 633 tys. osób. Dominującym przemysłem jest przemysł stoczniowy i usługi portowe, ponadto przemysł chemiczny, energetyczny, spożywczy, turystyka.

Zagrożenia:

1. Urazy i zatrucia,
2. Katastrofy drogowe i kolejowe,
3. Zatrucia,
4. Powodzie,
5. Utonięcia,
6. Pożary,
7. Skazanie chemiczne .

Organizacja ratownictwa medycznego

W województwie zachodniopomorskim ratownictwo medyczne zabezpieczają Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego podległa Samorządowi Województwa, oraz Stacje Pogotowia Ratunkowego wchodzące w struktury zakładów opieki zdrowotnej podległe samorządom terytorialnym.

Stacje pogotowia ratunkowego, które nie znajdują się w strukturze Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego podlegają zakładom opieki zdrowotnej w Białogardzie, Choszczynie, Kołobrzegu, Sławnie, Szczecinku, Świdwinie i Połczynie Zdroju.

W Koszalinie Stacja Pogotowia podlega Starostwu Powiatowemu.

W dniu 3 marca 2000 r. powołany został przez Ministra Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, w skład którego Zakładu wchodzi jednostka zlokalizowana na terenie naszego województwa - Lotnicze Pogotowie Ratunkowe „Zachód” z siedzibą na lotnisku Szczecin-Goleniów.

Za organizację systemu ratownictwa medycznego oraz jego nieprzerwaną gotowość na terenie województwa i powiatu odpowiednio odpowiadają:

- Wojewoda
- Starosta

Celem zintegrowanego ratownictwa jest stworzenie modelu organizacyjnego, które składać się będzie z:

- **centrów powiadamiania,**
- **zespołów ratownictwa i transportu chorych,**
- **szpitalnych oddziałów ratunkowych.**

Pozwoli to na osiągnięcie celu, jakim jest zmniejszenie śmiertelności w wypadkach i nagłych zachorowaniach.

Zadania:

1. Utworzenie jednego szpitalnego oddziału ratunkowego przypadającego na **100-300 tys.** mieszkańców,
2. Zabezpieczenie jednego ambulansu ratunkowego przypadającego na **50-100 tys.** mieszkańców,
3. Wprowadzenie standardu czasu przybycia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego:
do **8 minut dla 80%** wezwań w aglomeracji miejskiej, do **15 minut dla 80%** wezwań poza aglomeracją miejską – od chwili wydania przez dyspozytora medycznego dyspozycji wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego.
4. Pełne monitorowanie akcji ratowniczych,
5. Ścisła współpraca z Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym.

3.2 Szpitalne Oddziały Ratunkowe

W pierwszym etapie realizacji programu „Zintegrowane Ratownictwo Medyczne” w województwie zachodniopomorskim podjęte zostały już działania przygotowawcze mające na celu uruchomienie szpitalnych oddziałów ratunkowych. Ilustrację ich rozmieszczenia stanowi mapa nr 10.

Zadania:

1. Docelowo zaplanowanych jest powstanie, łącznie w województwie, **14** szpitalnych oddziałów ratunkowych (dodatkowo w Policach i Szczecinie-Zdunowo),
2. W województwie zachodniopomorskim do zabezpieczenia potrzeb zintegrowanego systemu ratownictwa medycznego przewiduje się uruchomienie **73 - 75** ambulansów typu „R” i „W”.

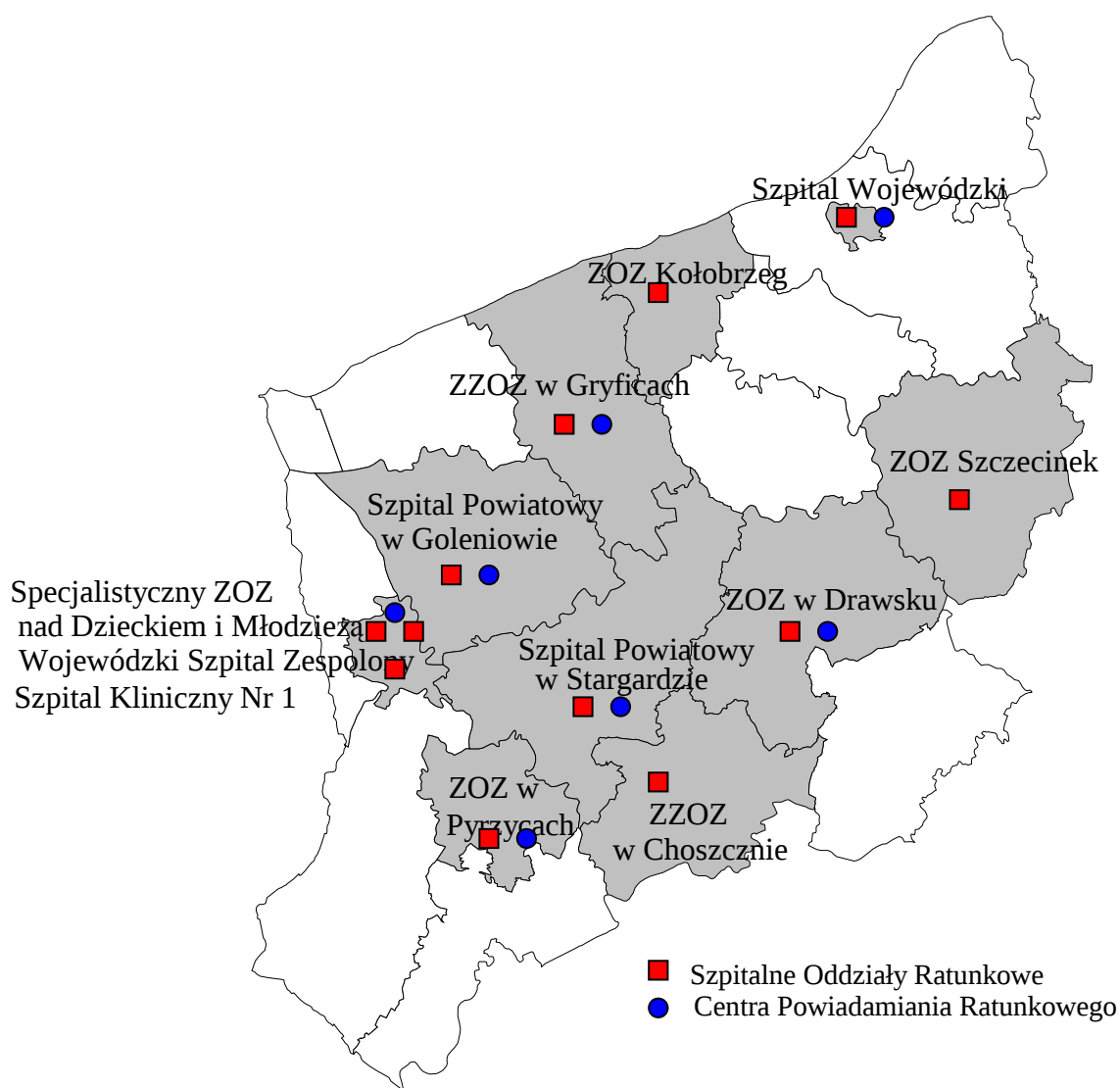
3.3 Centrum Powiadamiania Ratunkowego

Centrum Powiadamiania Ratunkowego będzie zintegrowanym stanowiskiem koordynującym działania ratownicze wszystkich podmiotów ratownictwa wchodzących w skład systemu.

Zgodnie z programem, Centrum Powiadamiania Ratunkowego wykonywać będzie następujące zadania:

1. Przyjmowanie, selekcjonowanie powiadomień o stanach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia i niezwłoczne dysponowanie odpowiednich służb,
2. Przekazywanie niezbędnych informacji osobom udzielającym pierwszej pomocy,
3. Przekazywanie kierującemu akcją ratowniczą niezbędnych informacji ułatwiających podejmowanie decyzji na miejscu zdarzenia,
4. Koordynacja medycznych działań ratowniczych podejmowanych przez poszczególne jednostki systemu,
5. Monitorowanie i analizowanie akcji ratowniczych.

Mapa Nr 10 Lokalizacja Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych i zaplanowanych Centrów Powiadamiania Ratunkowego w województwie zachodniopomorskim



Zlokalizowanie Centrów Powiadamiania Ratunkowego w województwie zachodniopomorskim przedstawione jest na mapie nr 10.

Dodatkowo proponuje się lokalizację takiego centrum w Kołobrzegu.

Ostateczne decyzje co do ich lokalizacji zapadną z chwilą wejścia w życie ustawy o państwowym ratownictwie medycznym oraz przeprowadzeniu przez instytucje odpowiedzialne za organizację ratownictwa medycznego dokładnej analizy potrzeb oraz stanu infrastruktury możliwej do wykorzystania w tym celu.

Centra Powiadamiania Ratunkowego będą tworzone na bazie istniejącej infrastruktury, poprzez integrację systemów ratowniczych w skali powiatu, którymi są:

- zespoły ratownictwa medycznego,
- policji,
- straż pożarna itp.

Tworzenie centrów powiadamiania ratunkowego będzie następowało w miarę rozwoju systemu, docelowo powinien zostać zakończony do roku 2005.

W zakresie zintegrowanego ratownictwa medycznego wskazane jest podjęcie współpracy międzynarodowej w zakresie koordynacji akcji ratowniczych w rejonach przygranicznych oraz wodach Morza Bałtyckiego.

Prognozując rozwój zintegrowanego modelu ratownictwa medycznego, zakłada się prowadzenie szkoleń dla wszystkich grup zawodowych uczestniczących w programie ratownictwa.

Wymagania w zakresie kwalifikacji zawodowych osób pełniących funkcje dyspozytora medycznego i lekarza koordynatora medycznego oraz tryb pełnienia przez nich funkcji określony będzie w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia.

Na potrzeby województwa, opracowany został w 2000 r. przez Pełnomocnika Wojewody Zachodniopomorskiego ds. ratownictwa medycznego oraz Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego „Plan zabezpieczenia ratownictwa medycznego województwa zachodniopomorskiego”.

Szczegółowy plan rozwoju zintegrowanego ratownictwa medycznego, jak i jego realizacja uzależniona jest od przyjęcia przez Sejm ustawy o ratownictwie medycznym. Ważnym będzie również ustalenie źródeł i sposobu finansowania ratownictwa medycznego.

Zadania w zakresie ratownictwa medycznego:

1. Wdrożenie systemu zintegrowanego ratownictwa medycznego,
2. Zorganizowanie i uruchomienie założonych w planach Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych i Centrów Powiadamiania Ratunkowego,
3. Wyposażenie Stacji Pogotowia, Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych i Centrów Powiadamiania Ratunkowego w odpowiedni sprzęt i aparaturę,
4. Zapewnienie odpowiedniej do potrzeb liczby kadr medycznych i pomocniczych.

4.Profilaktyka i promocja zdrowia

4.1 Cele profilaktyki i promocji zdrowia

Profilaktyka zajmuje poczesne miejsce i obejmuje swym zasięgiem niemal ogół społeczeństwa. Szczepienia ochronne, zastosowanie prawnie obwarowanych kryteriów sanitarno-epidemiologicznych w zakładach żywienia zbiorowego czy użyteczności publicznej, wpajanie zasad zachowań utrzymujących wysoki poziom higieny osobistej, higieny miejsca pracy i nauki ograniczyło niemal w 100% występowanie niektórych chorób zakaźnych. Ograniczeniu uległo też występowanie innych chorób takich jak próchnica zębów, miażdżycy, choroba niedokrwienna serca, niektórych nowotworów. Nastąpiła wyraźna poprawa w zakresie składowania i utylizacji odpadów.

Jednakże mało widoczne różnice między profilaktyką a promocją zdrowia na gruncie medycznym powodują, że pojęcia te używane są zamiennie. W praktyce medycznej termin promocja zdrowia powinien być ograniczony do oddziaływań mających na celu kształtowanie zdrowotnie korzystnego stylu życia.

W odróżnieniu od profilaktyki, procesu skierowanego przeciwko chorobie, promocja jest działaniem zmierzającym do zachowania zdrowia.

Celem kształtowania i krzewienia prozdrowotnego stylu życia wśród mieszkańców województwa zachodniopomorskiego jest uświadomienie szerokim kręgom społecznym wartości indywidualnych zachowań jako podstawowego czynnika mającego wpływ na zachowanie zdrowia.

W czasach obecnych, znaczne rozpowszechnienie przewlekłych chorób układu krążenia i nowotworów, przy ostro rosnących kosztach mniej lub bardziej skutecznego leczenia, w dramatyczny sposób wskazuje na wagę nie tylko tradycyjnej profilaktyki, ale i szerzej pojmowanych oddziaływań prozdrowotnych zawartych w określeniu „promocja zdrowia”.

Sprawą pierwszoplanową jest ograniczenie szkodliwych zdrowotnie zachowań, wynikających z przemian cywilizacyjnych i zmian sposobu życia. Skutki tych zachowań obarczają całe społeczeństwo, toteż dobru ogólnemu służy podejmowanie działań przeciwstawiających się niekorzystnym zmianom stylu życia. Zagadnienie to stanowi najbardziej istotną treść promocji zdrowia. Jest to dziedzina wymagająca wielosektorowego zaangażowania, jednakże to medycyna i służba zdrowia mają tu do odegrania szczególnie ważną rolę, nie tylko ze względów historycznych ale i zwyczajowych. Promocja zdrowia buduje zdrowie publiczne, a której zadania to:

- budowanie polityki zdrowia publicznego,
- tworzenie środowisk wspierających zdrowie,
- wzmacnianie działań społeczności lokalnych na rzecz zdrowia,
- rozwijanie osobniczych umiejętności dla zachowania zdrowia,
- reorientacja świadczeń zdrowotnych.

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej na podstawie strategii Światowej Organizacji Zdrowia opracowało dokument rządowy pn. **Narodowy Program Zdrowia**, który zawiera 18 celów operacyjnych:

1. Zwiększenie aktywności fizycznej ludności,
2. Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej ludności,
3. Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu,
4. Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem,
5. Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych,
6. Zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa oraz działań w zakresie promocji zdrowia,
7. Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie występowania zaburzeń psychicznych,
8. Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy,
9. Poprawa stanu sanitarnego kraju,
10. Zmniejszenie częstości wypadków, szczególnie drogowych,
11. Zwiększenie sprawności i skuteczności pomocy doraźnej w nagłym zagrożeniu życia,
12. Zwiększenie dostępności i usprawnienie podstawowej opieki zdrowotnej,
13. Zapobieganie występowania oraz skutkom wcześniactwa i małej urodzeniowej masy ciała,

14. Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami z ryzykiem rozwoju niedokrwiennej choroby serca,
15. Usprawnienie wczesnej diagnostyki i zwiększenie efektywności leczenia nowotworów złośliwych szyjki macicy i sutka,
16. Stwarzanie warunków umożliwiających osobom niepełnosprawnym włączenie się lub powrót do czynnego życia,
17. Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym,
18. Intensyfikacja profilaktyki próchnicy zębów i chorób przyzębia u dzieci, młodzieży oraz kobiet ciężarnych.

Celem strategicznym jest poprawa zdrowia i związanej z tym jakości życia ludności przez :

- stwarzanie warunków oraz kształtowanie motywacji, wiedzy i umiejętności zdrowego stylu życia, a także podejmowania działań na rzecz zdrowia własnego i innych,
- kształtowanie sprzyjającego zdrowiu środowiska życia, pracy i nauki,
- zmniejszenie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń medycznych.

Sporządzony na jego bazie „Harmonogram realizacji Narodowego Programu Zdrowia na lata 1996-2005” jest kanwą do opracowywanych i wdrażanych programów profilaktycznych, określa cele i kierunki zdrowotnej polityki publicznej w Polsce. Posiłkując się ww. dokumentami Samorząd Województwa Zachodniopomorskiego wdraża lub przystępuje do opracowywanych - na potrzeby lokalne - programów profilaktycznych.

Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa nakłada na samorządy wojewódzkie zadania w zakresie promocji i ochrony zdrowia (art. 14.1, pkt. 2 cytowanej ustawy). Zadania te realizowane mogą być poprzez pełnienie przez Samorząd roli rzecznika polityki zdrowotnej i umożliwianie uzyskiwania pełnego potencjału zdrowia społecznościom lokalnym.

Rozwój województwa zachodniopomorskiego ściśle powiązany jest z potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości życia mieszkańców oraz ich warunków bytowych. Składa się na to m.in. zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych, poprawa ich jakości i poprawa warunków sanitarnych, ale również konieczność uwzględnienia w polityce długofalowej samorządu – dążenie do zwiększania aktywności fizycznej ludności, poprawa sposobu żywienia i jakości żywności, zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu, zmniejszenie spożycia alkoholu i środków psychoaktywnych. Również - zwiększenie

skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa oraz efektywności działań sfery służby zdrowia w wymienionych działaniach z zakresu promocji zdrowia.

Oznaczać to będzie przeciwdziałanie wzrostowi rozpowszechnienia chorób będących najczęstszymi przyczynami zgonów, zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym poprzez egzekwowanie pełnej realizacji szczepień ochronnych oraz profilaktyce HIV/AIDS, gruźlicy i pełną realizację programu „Poprawa opieki perinatalnej w Polsce”.

Dalej - stworzenie warunków oraz kształtowanie motywacji i umiejętności zdrowego stylu życia oraz podejmowania działań na rzecz zdrowia własnego i innych.

Obecnie zadaniem samorządu winno być wzmocnienie zaplecza instytucjonalnego wspierającego działania w zakresie promocji zdrowia na poziomie lokalnym i regionalnym oraz wdrożenie programów wszechstronnej edukacji.

Cel strategiczny jakim jest kształtowanie systemu rozwoju promocji zdrowia i profilaktyki obejmuje również zagadnienie jakim jest ograniczenie używania substancji psychoaktywnych. Zadania z tym związane reguluje akt prawny tzn. ustawa z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (z póź. zm.) Zjawisko narkomanii w naszym województwie stanowi jeden z istotniejszych problemów społecznych i wynikających stąd konsekwencji zdrowotnych dla coraz większej grupy młodych, coraz młodszych osób.

Od lat obserwuje się stałą tendencję wzrostową zagrożenia problemem narkomanii wśród naszej młodzieży. Problem ten uwarunkowany jest przygranicznym i tranzytowym charakterem województwa, każdego roku w okresie sezonu letniego przejeżdża przez nasze województwo ok. 10 mln. turystów i wczasowiczów.

Notujemy jeden z wyższych w kraju wskaźników przestępczości popołitej, najczęściej osoby je popełniające uwiękane są w negatywne zjawisko ubóstwa i bezrobocia.

Należy podkreślić, że skuteczność zwalczania zjawiska narkomanii ulegnie wzmocnieniu gdy skonsolidowane zostaną siły i środki sfery służby zdrowia, edukacji, Policji, Kościoła, organizacji i stowarzyszeń pozarządowych.

W tym celu powołany został Pełnomocnik Wojewody Zachodniopomorskiego ds. narkomanii, HIV/AIDS.

Zadaniami mającymi na celu systematyczną poprawę poziomu dostępności i zróżnicowania opieki psychiatrycznej - w ramach odwykowej opieki zdrowotnej w zakresie uzależnień od środków psychoaktywnych, winno być zorganizowanie w naszym województwie:

- **opieki środowiskowej** – stacjonarnych i ambulatoryjnych poradni leczenia uzależnień w zależności od lokalnych potrzeb, oraz specjalistycznych poradni pomocy rodzinie
- **opieki zdrowotnej z łózkami detoksykacyjnymi** w zależności od lokalnych potrzeb,
- **utworzenie hosteli** w zależności od lokalnego zapotrzebowania

Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego wdrożył do realizacji zadania będące w gestii Samorządu Województwa z zakresu przeciwdziałania i rozwiązywania problemu narkomanii, które są realizowane przez Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdroje” oraz program przeciwdziałania HIV/AIDS realizowany przez Wojewódzki Szpital Zespolony – jednostki podległe Samorządowi Województwa.

Programy te w ramach zaplanowanych środków, będą kontynuowane również w latach przyszłych.

Należy podkreślić, że wyszczególnione powyżej cele osiągnięte zostaną przy jednoczesnym zapewnieniu pożądanego rozmiaru zatrudnienia w odwykowej opiece zdrowotnej w okresie najbliższych lat: psychiatrów, psychologów, pracowników socjalnych, pielęgniarek, terapeutów zajęciowych, instruktorów terapii odwykowej.

4.2 Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Szczególnie ważną częścią promocji zdrowia jest realizacja podstawowych zadań w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym, co wymaga podjęcia działań edukacyjno-wychowawczych jak i organizacyjnych.

Niezbędne jest utworzenie profesjonalnych form poradnictwa pedagogiczno-psychologicznego i rehabilitacyjnego, ośrodków interwencji kryzysowej, gminnych lub powiatowych domów wsparcia społecznego, miejsc i zakładów pracy chronionej.

Promocji zdrowia psychicznego będzie sprzyjać pełna realizacja celów Narodowego Programu Zdrowia.

Do realizacji części programów promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym można wykorzystać m.in. istniejące poradnie psychologiczno-pedagogiczne, ośrodki pomocy społecznej i zakłady opieki zdrowotnej.

4.3 Profilaktyka uzależnień od alkoholu jako specjalne zadanie Samorządu Województwa

Podstawą prawną działań związanych z rozwiązywaniem problemów alkoholowych jest Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 26 października 1982 wraz z późniejszymi zmianami. Zgodnie z treścią tej ustawy istnieją dwie podstawowe formy planowania, organizowania i finansowania działań związanych z rozwiązywaniem problemów alkoholowych.

Pierwsza to działania administracji szczebla centralnego i wojewódzkiego, ujęte w formie Narodowego i Wojewódzkiego Programu Profilaktyki Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, druga to działania samorządów gminnych ujmowane w formie Gminnych Programów Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Do końca roku 1998 całość zadań Narodowego Programu realizowana była przez administrację rządową szczebla centralnego i wojewódzkiego. Z chwilą wejścia w życie

ustawy o reformie administracji państwowej, wynikające z ustawy zadania wojewodów zostały przekazane do samorządów województw. Rok 1999 był pierwszym rokiem realizowania zadań Narodowego Programu na szczeblu wojewódzkim przez Zarządy Województw.

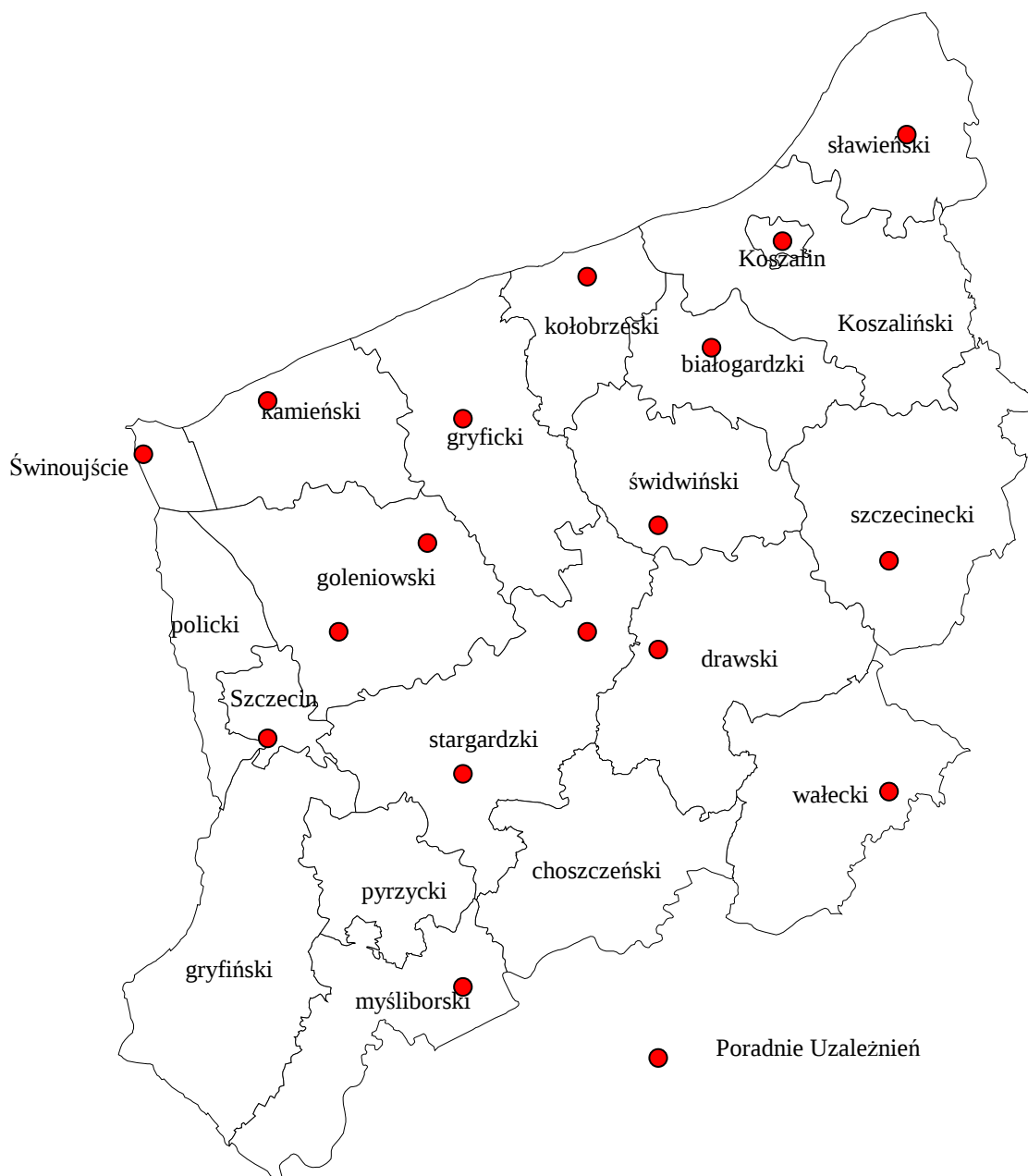
Rada Ministrów zatwierdzając założenia programu stwierdziła, że w celu lepszej realizacji ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, konieczne jest m.in.:

- W dziedzinie życia gospodarczego przyjęcie zasady, że alkohol jest specyficznym i odmiennym od innych produktów towarem. Wymaga więc specyficznych regulacji prawno-administracyjnych oraz finansowych, umożliwiających nieco wyższy stopień kontroli niż ta, która obowiązuje w systemie wolnorynkowym wobec innych produktów,
- W dziedzinie życia społeczno-politycznego przyznanie priorytetu dla działań i decyzji służących profilaktyce i rozwiązywania problemów alkoholowych, objętych zakresem odpowiedzialności resortów zdrowia, edukacji, pracy i polityki społecznej, sprawiedliwości, obrony narodowej, spraw wewnętrznych oraz samorządów województw i gmin,
- Usprawnienie działalności jednostek państwowych, stowarzyszeń i Fundacji realizujących programy profilaktyki i rozwiązania problemów alkoholowych. Przy opracowaniu planu działań strategicznych na lata 2001-2005 powyższe założenia należy uznać za nadal aktualne.

Szkody wynikające z nadużywania alkoholu występują w bardzo różnych obszarach polskiej rzeczywistości. Nie można ich uniknąć, ale można zmniejszać ich rozmiary i dotkliwość. Do najważniejszych problemów wynikających ze spożywania i nadużywania alkoholu w Polsce można aktualnie zaliczyć:

- 1.Samoniszczenie osób uzależnionych od alkoholu
- 2.Szkody zdrowotne u nadużywających alkoholu osób dorosłych
- 3.Szkody występujące u nadużywającej młodzieży
- 4.Przemoc domowa i inne szkody w rodzinie z problemem alkoholowym.
- 5.Alkoholowa dezorganizacja środowiska pracy.
- 6.Przestępstwa i wykroczenia osób nietrzeźwych.

Mapa Nr 11 Lokalizacja ambulatoryjnych placówek leczenia odwykowego na terenie województwa zachodniopomorskiego



- 1. We wszystkich 114 Gminach są powołane Gminne Komisje Rozwiązywania Problemów Alkoholowych,**
- 2. Stowarzyszenia Trzeźwościowe i Grupy Samopomocowe,**
- 3. Punkty konsultacyjne dla osób z problemem alkoholowym,**
- 4. Punkty Konsultacyjne dla ofiar przemocy,**
- 5. Telefony zaufania dla osób z problemem alkoholowym,**
- 6. Telefony zaufania dla ofiar przemocy w rodzinie,**
- 7. Ośrodki Interwencji Kryzysowej dla ofiar przemocy,**
- 8. Schroniska dla ofiar przemocy w rodzinie,**
- 9. Świetlice socjoterapeutyczne i opiekuńczo- wychowawcze,**
- 10. Organizacje pozarządowe realizujące gminne i wojewódzkie programy profilaktyki i rozwiązywaniu problemów alkoholowych,**
- 11. Ośrodek Profilaktyki i Szkoleń Fundacji w Koszalinie,**
- 12. Kościelne Ośrodki i fundacje.**

Zadania w zakresie profilaktyki uzależnień od alkoholu

Dotychczasowe doświadczenia polskie związane z realizacją Programów Profilaktyki Rozwiązywania Problemów Alkoholowych z poprzednich lat, oraz doświadczenia innych krajów wskazują na użyteczność następujących strategii rozwiązywania problemów alkoholowych;

1. Działania administracyjno-fiskalne mające na celu ograniczenie spożycia napojów alkoholowych oraz zmianę struktury ich spożywania przez osoby dorosłe,
2. Upowszechnianie edukacyjnych programów profilaktyki szkolnej, rodzinnej i środowiskowej,
3. Zwiększanie dostępności i skuteczności programów terapeutycznych dla osób uzależnionych i członków ich rodzin oraz procedur interwencyjno-korekcyjnych wobec osób nadużywających alkoholu,
4. Zwiększenie skuteczności i dostępności programów interwencji społeczno-prawnych i pomocy psychologicznej służących przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie,

5. Nadzór nad przestrzeganiem zasad prawnych służących kontroli postępowania osób nietrzeźwych, w szczególności: nietrzeźwych kierowców, sprawców przemocy, a także osób pijących alkohol w pracy,

6. Nadzór nad przestrzeganiem zasad prawnych służących kontroli działalności gospodarczej w zakresie obrotami napojami alkoholowymi (w szczególności dotyczących sprzedaży alkoholu nieletnim, reklamowania napojów alkoholowych, nielegalnego obrotu napojami alkoholowymi),

7. Edukacja publiczna mająca na celu:

- informowanie o konsekwencjach nadużywania alkoholu i metodach zapobiegania szkodom zdrowotnym,
- promocję zdrowego stylu życia, trzeźwości i abstynencji,
- promocję programu wśród liderów społecznych i pozyskiwanie osób cieszących się autorytetem na różnych szczeblach władzy.

8. Szkolenie profesjonalistów w takich sektorach jak: ochrona zdrowia, edukacja pomoc społeczna, wymiar sprawiedliwości oraz liderów społeczności lokalnych w zakresie nowoczesnych metod rozwiązywania problemów alkoholowych,

9. Wspieranie rozwoju gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych,

10. Wspieranie działań podejmowanych przez organizacje pozarządowe i środowiska wzajemnej pomocy, które są ukierunkowane na zapobieganie lub zmniejszanie szkód związanych z alkoholem,

11. Kształtowanie świadomości oraz odpowiedzialności etycznej i prawnej osób zajmujących się produkcją i sprzedażą napojów alkoholowych a także zapewnienie ścisłej kontroli jakości tych produktów,

12. Budowanie skutecznych form kontroli prawnej i społecznej nad szkodliwymi formami postępowania osób nadużywających alkoholu (w szczególności przeciwdziałania przemocy w rodzinach alkoholowych),

13. Wprowadzanie profilaktycznych programów informacyjnych i psychoedukacyjnych wpływających na postawy i umiejętności ważne dla zdrowia i trzeźwości, w szczególności wobec młodzieży i grup podwyższonego ryzyka,

14. Szkolenie przedstawicieli wybranych zawodów w zakresie nowoczesnych strategii i metod rozwiązywania problemów alkoholowych,

15. Wdrażanie metod wczesnej diagnozy i krótkich interwencji wobec problemów alkoholowych u pacjentów w podstawowej opiece zdrowotnej i praktyce lekarzy rodzinnych,

16. Szkolenia w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz problemów związanych z przemocą w rodzinie dla Pełnomocników Zarządów Gmin ds. profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych.

Nadzór nad realizacją założeń strategii w profilaktyce uzależnień od alkoholu sprawuje w imieniu Zarządu Województwa Zachodniopomorskiego Pełnomocnik Zarządu ds. Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Zadania w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych winny być rozwiązywane przez wszystkie samorządy terytorialne z udziałem innych instytucji, organizacji i stowarzyszeń pozarządowych.

4.4 Zadania samorządów terytorialnych w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia

1. Ustalanie priorytetów zdrowotnych w poszczególnych regionach województwa,
2. Koordynacja programów profilaktycznych prowadzonych na terenie województwa przez Ministerstwo, Kasę Chorych i poszczególne samorządy terytorialne,
3. Okresowa, systematyczna identyfikacja potrzeb poprzez prowadzenie standaryzowanych badań epidemiologicznych i socjometrycznych,
4. Przygotowanie kadr wyspecjalizowanych w prowadzeniu działań z zakresu promocji zdrowia,
5. Uruchamianie sieci przedszkoli, szkół, szpitali, miast, promujących zdrowie,
6. Dokonywanie merytorycznej oceny programów zdrowotnych i efektów ich prowadzenia,
7. Gromadzenie niezbędnych informacji, tworzenie baz danych, opracowywanie statystyczne uzyskanych informacji,
8. Kreowanie polityki społecznej ukierunkowanej na współpracę z organizacjami społecznymi, instytucjami i społecznościami lokalnymi,
9. Instytucjonalizacja działu profilaktyki i promocji zdrowia, określenie zadań dla samorządów, kasy chorych i Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia.

5. Kadry medyczne

5.1 Uczelnia medyczna

Na terenie województwa zachodniopomorskiego, od roku 1948 funkcjonuje medyczna uczelnia wyższa - **Pomorska Akademia Medyczna**, która kształci na potrzeby ochrony zdrowia lekarzy, lekarzy stomatologów oraz od 1996 r. magistrów pielęgniarstwa.

W niedalekiej przyszłości planuje się otwarcie Wydziału Farmacji.

Akademia Medyczna jest wiodącą placówką, która stanowi bazę dydaktyczną, kadrową oraz naukową w zakresie medycyny w naszym województwie.

W roku 2000 Pomorską Akademię Medyczną ukończyło 215 absolwentów Wydziału Lekarskiego i Stomatologicznego, w roku 2001 planowane jest ukończenie jej przez 225 absolwentów tych wydziałów, oraz 75 absolwentów pierwszego naboru Zaocznego Oddziału Pielęgniarskiego.

5.2 Szkolnictwo medyczne

Reforma administracji państwowej w Polsce wprowadzona od 1 stycznia 1999 roku zmieniła podporządkowanie oraz sieć szkół, w tym także szkół medycznych. Na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 6 października 1998 r. organem prowadzącym niżej wymienionych szkół medycznych stał się samorząd województwa zachodniopomorskiego.

Są to szkoły:

1. Medyczne Studium Zawodowe Nr 1 oraz Nr 2 w Szczecinie,
2. Zespół Szkół Medycznych w Świnoujściu,
3. Medyczne Studium Zawodowe w Zespole Szkół Zawodowych w Stargardzie Szczecińskim,
4. Zespół Szkół Medycznych w Koszalinie,
5. Zespół Szkół Medycznych w Kołobrzegu,
6. Zespół Szkół Medycznych w Szczecinku.

Poza Medycznym Studium Zawodowym w Stargardzie pozostałe szkoły dysponują własną bazą lokalową. Jest ona dostosowana i wyposażona w środki dydaktyczne do realizacji programów nauczania w zawodach medycznych. Obiekty szkolne w większości wymagają remontów i modernizacji. W ostatnich latach w wielu szkołach zmieniono system grzewczy. Przy okazji obchodów jubileuszowych szkoły dokonywały, w ramach posiadanych środków, remonty i renowację obiektów. W zasadzie wszystkie są w dobrym stanie technicznym poza Medycznym Studium Zawodowym Nr 1 w Szczecinie.

Obecnie w województwie zachodniopomorskim funkcjonują:

- licea medyczne,
- medyczne studia policealne,
- medyczne studia pomaturalne.

W województwie zachodniopomorskim szkoły medyczne kształcą w następujących zawodach:

1. Licea medyczne:

- Opiekunka dziecięca o 4-letnim cyklu kształcenia,
- Technik ortopeda o 5-letnim cyklu kształcenia.

2. Szkoły policealne:

- Technik analityki medycznej o 2-letnim cyklu kształcenia,
- Technik farmacji - " -
- Technik elektroradiolog - " -
- Ratownik medyczny - " -
- Opiekunka dziecięca - " -
- Terapeuta zajęciowy - " -
- Technik fizjoterapii o 2,5-letnim cyklu kształcenia,
- Technik dentystyczny - " -

3. Szkoły pomaturalne:

- Pielęgniarka o 2,5-letnim cyklu nauczania,
- Położna - " -

Kształcenie w zawodach medycznych odbywa się według nowych dokumentacji programowych, z roku 1998 i 1999, dopuszczonych do użytku szkolnego przez Ministerstwo Edukacji Narodowej.

W zespołach szkół medycznych w Szczecinku, Kołobrzegu, Koszalinie i Świnoujściu funkcjonują jeszcze licea medyczne o łącznej liczbie 17 oddziałów, w tym w zawodzie opiekunki dziecięcej 14 oraz 3 oddziały technika ortopedy. W roku szkolnym 2001/2002 licea medyczne liczyć będą tylko 9 oddziałów, w tym 6 oddziałów opiekunek dziecięcych. Należy dodać, że na bazie liceów medycznych uruchamiane były szkoły policealne i pomaturalne.

Obecnie nie prowadzi się już naboru do liceów medycznych.

Szkoły na kolejny rok szkolny otrzymują od organu prowadzącego zadania rzeczowe zawierające ilości oddziałów oraz kierunki kształcenia.

Obecnie liczba kandydatów do szkół medycznych w poszczególnych zawodach jest coraz mniejsza. A w takich zawodach jak ortoptystka (brak naboru od 1999 roku), elektroradiolog, opiekunka dziecięca, pielęgniarka i położna występują trudności z uruchomieniem oddziału.

W Medycznym Studium Zawodowym Nr 2 w Szczecinie na rok szkolny 2000/2001 na planowane trzy pierwsze oddziały w zawodzie pielęgniarki i jeden oddział położnej dokonano naboru tylko na jeden oddział liczący 23 słuchaczy w zawodzie pielęgniarki.

Podobnie było w Koszalinie i Szczecinku.

W pozostałych zawodach z trudem udaje się pozyskać odpowiednią ilość kandydatów by przeprowadzić postępowanie kwalifikacyjne.

Zadania

1. Pełne wykorzystanie możliwości lokalowych, wyposażenia i możliwości kadrowych kształcenia młodzieży w zawodach medycznych,
2. Przygotowanie się do kolejnych zmian strukturalnych i organizacyjnych w związku z realizacją drugiego etapu reformy edukacji,
3. Zmiana sieci i kształtu szkolnictwa ponad gimnazjalnego, w tym medycznego,
4. Zapewnienie najwyższego poziomu wykształcenia średnich kadr medycznych, szczególnego znaczenia wymaga zmiana kształcenia pielęgniarek i położnych z pomaturalnego na licencjackie i magisterskie,

5. Utworzenie w Koszalinie, na bazie szkoły medycznej, wyższej szkoły zawodowej, która przejęłaby kształcenie pielęgniarek i położnych na poziomie wyższym,
6. Uruchomienie studiów licencjackich w zawodzie pielęgniarki w roku akademickim 2001/2002 na Wydziale Pielęgniarskim Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie,
7. Wdrożenie i upowszechnienie wykształcenia wyższego zawodowego pielęgniarek i położnych i spowodowanie realizacji zobowiązań z tytułu procesu integracyjnego z krajami Unii Europejskiej, i dostosowanie do wymagań i standardów obowiązujących w krajach Unii,
8. Docelowo kształcenie w województwie zachodniopomorskim pielęgniarek i położnych na poziomie licencjackim i magisterskim w uczelniach wyższych w Szczecinie i Koszalinie.

Odpowiadałoby to założeniom zawartym w rządowym projekcie programu kształcenia pielęgniarek i położnych a także ustawie z dnia 3 lutego 2001 roku o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

Kształcenie średniego personelu medycznego w pozostałych zawodach odbywałoby się w zreformowanych dotychczasowych szkołach medycznych na poziomie szkół policealnych.

Tabela Nr 29 Zatrudnienie nauczycieli w szkołach medycznych województwa zachodniopomorskiego wg stanu na dzień 20.02.2001 r.

Lp.	Nazwa szkoły	Nauczyciele			Razem
		Mianowani	Kontraktowi	Stażyści	
1	Zespół Szkół Medycznych w Szczecinku	20	3	-	23
2	Medyczne Studium Zawodowe Nr 1 w Szczecinie	19	29	32	80
3	Medyczne Studium Zawodowe Nr 2 w Szczecinie	39	1	4	44
4	Zespół Szkół Medycznych w Koszalinie	35	4	12	51
5	Medyczne Studium	4	-	-	4

	Zawodowe w Zespole Szkół Zawodowych w Stargardzie				
Lp.	Nazwa szkoły	Nauczyciele			Razem
		Mianowani	Kontraktowi	Stażyści	
6	Zespół Szkół Medycznych w Kołobrzegu	21	10	1	32
7	Zespół Szkół Medycznych w Świnoujściu	12	12	5	29
	RAZEM	150	59	54	263

Uwaga: uwzględniono nauczycieli pełno i niepełnozatrudnionych.

Tabela Nr 30 Absolwenci szkół medycznych województwa zachodniopomorskiego w latach 1999 – 2001

Lp.	Zawód	Liczba absolwentów			Razem	Uwagi
		1999	2000	I/2001		
1	Pielęgniarka	107	87	58	252	I - styczeń 2001 r.
2	Położna	53	26	19	98	
3	Technik analityki medycznej	28	42	-	70	
4	Technik farmacji	24	19	-	43	
5	Technik elektromedycyny	22	-	-	22	
6	Ratownik medyczny	-	20	-	20	
7	Terapeuta zajęciowy	14	8	-	22	
8	Technik fizjoterapii	43	75	79	197	
9	Technik dentystyczny	27	-	25	52	
10	Ortoptystka	-	19	-	19	
11	Technik ortopeda	-	23	-	23	liceum medyczne w tym 44 policealne
12	Opiekunka dziecięca	94	165	-	259	
	RAZEM	412	484	181	1077	

Tabela Nr 31 Dane statystyczne o szkołach medycznych oraz internatach

Lp.	Nazwa szkoły	Liczba uczniów			Liczba oddziałów			Ilość miejsc w internatach	Uwagi
		1.10. 1999	28.02. 2000	28.02. 2001	1.10. 1999	28.02. 2000	28.02. 2001		
1.	Medyczne Studium Zawodowe Nr 1 w Szczecinie	269	208	195	10	9	8	160	
2.	Medyczne Studium Zawodowe Nr 2 W Szczecinie	287	247	140	13	12	7	193	
3.	Zespół Szkół Medycznych W Świnoujściu	177	169	127	9	9	7	-	
4.	Zespół Szkół Medycznych W Koszalinie	343	303	260	15	13	12	288	
5.	Zespół Szkół Medycznych W Kołobrzegu	242	188	182	12	10	9	150	
6.	Zespół Szkół Medycznych W Szczecinku	154	143	117	8	7	5	100	
7.	Medyczne Studium Zawodowe w Zespole Szkół Zawodowych w Stargardzie Szcz.	43	17	43	2	1	2	-	
	RAZEM	1515	1275	1064	69	50	50	891	

Uwaga: W zestawieniu nie uwzględniono oddziałów i uczniów, którzy w styczniu 2000 i 2001 roku ukończyli szkołę

5.3 Staże podyplomowe lekarzy, lekarzy stomatologów, pielęgniarek i położnych

Ustawa z dnia 21 stycznia 2000 r. o zmianie niektórych ustaw związanych z funkcjonowaniem administracji publicznej, która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2001 roku, określiła nowe zadanie Marszałka Województwa – organizacja i zapewnienie odbycia stażu podyplomowego dla lekarzy, lekarzy stomatologów, pielęgniarek oraz położnych.

Przepisy regulujące staże :

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 maja 1999 roku w sprawie stażu podyplomowego lekarza, lekarza stomatologa.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2000 roku w sprawie stażu podyplomowego pielęgniarek i położnych.

Absolwenci studiów lekarskich i lekarsko-stomatologicznych zamierzających wykonywać zawód na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, muszą odbyć staż podyplomowy. Staż podyplomowy odbywa lekarz, lekarz stomatolog, który ma ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza lub ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza stomatologa i został wpisany na listę właściwej okręgowej izby lekarskiej.

Staż lekarza trwa 13 miesięcy, lekarza stomatologa 12 miesięcy. Dwa razy w roku: 1 marca i 1 października staż rozpoczynają absolwenci studiów lekarskich i lekarsko-stomatologicznych.

Absolwenci szkół pielęgniarzkich i szkół położnych zamierzających wykonywać zawód na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, muszą odbyć staż podyplomowy.

Staż podyplomowy odbywa pielęgniarka i położna, jeśli posiada ograniczone prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej.

Staż pielęgniarki lub położnej trwa 12 miesięcy. Dwa razy w roku: 1 marca i 1 sierpnia rozpoczynają się staże dla pielęgniarek i położnych.

Tabela Nr 32 Liczba stażystów w latach 2000 – 2002*

L.p.	Zawód	Liczba absolwentów			Razem	Uwagi
		2000r.	2001r.	2002r.		
1.	Lekarz medycyny	101	140	164	405	
2.	Lekarz stomatolog	58	85	93	236	
3.	Pielęgniarka	87	58	53	198	
4.	Położna	26	19	0	45	Brak położnych na 2002 r.

* opracowanie własne

Podmiotami uprawnionymi do prowadzenia stażu są zakłady wpisane uprzednio na listę ustaloną przez Marszałka Województwa.

W trakcie aktualizacji Listy Marszałka uprawniającej zakłady do prowadzenia staży podyplomowych lekarzy, lekarzy stomatologów nasuwają się następujące wnioski:

- stopniowo lecz systematycznie maleje liczba zakładów chętnych do prowadzenia staży dla lekarzy stomatologów,
- niepubliczne i prywatne praktyki stomatologiczne niechętnie zatrudniają stażystów lekarzy stomatologów.

Z analizowania planowanej liczby absolwentów na lata 2001/2002 ze szkół pielęgniarek i szkół położnych wynika, że:

- w roku 2001 ogólna liczba pielęgniarek i położnych odbywających staż w naszym województwie wyniesie **89 osób**,
- w roku 2002 tylko **53 osoby**.

Mimo zaliczenia pielęgniarek i położnych według sondaży społecznych do zawodów o wysokim statusie społecznym nie udaje się realizować planowanych zadań. Prognozy na przyszłość jeśli chodzi o te prestiżowe zawody są bardzo niepokojące.

5.4 Specjalizacje w poszczególnych dziedzinach medycyny w województwie zachodniopomorskim

W celu przystąpienia do specjalizacji w danej dziedzinie medycyny lekarz, lekarz medycyny składa wniosek do wojewódzkiego ośrodka metodyczno-organizacyjnego, na którego obszarze działania ma zamiar odbywać specjalizację.

Na terenie naszego województwa jest nim Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia funkcjonujące w wydzielonym pionie podległym Wojewodzie Zachodniopomorskiemu.

*Tabela Nr 33 Liczba lekarzy będących w trakcie specjalizacji w roku 2001 na terenie województwa zachodniopomorskiego**

L/p	Nazwa specjalności	Liczba lekarzy będących w trakcie specjalizacji nowym trybem	Liczba lekarzy będących w trakcie specjalizacji I° i II° starym trybem	
			I°	II°
1	Alergologia	-	-	2
2	Audiologia	-	-	1
3	Anestezjologia i intensywna terapia	22	3	14
4	Chirurgia dziecięca	1	1	2
5	Chirurgia ogólna	37	4	17
6	Chirurgia onkologiczna	2	-	-
7	Chirurgia szczękowo-twarzowa	-	-	-
8	Choroby płuc	-	1	2
9	Choroby wewnętrzne	96	39	58
10	Choroby zakaźne	3	-	2
11	Dermatologia i wenerologia	4	7	10
12	Diagnostyka laboratoryjna	-	-	-
13	Diabetologia	2	-	2
14	Endokrynologia	5	-	2
15	Foniatria	-	-	3
16	Gastroenterologia	-	-	3
17	Geriatrya	-	-	1
18	Genetyka kliniczna	-	-	-
19	Hematologia	1	-	3
20	Higiena i epidemiologia	-	-	-

L/p	Nazwa specjalności	Liczba lekarzy będących w trakcie specjalizacji nowym trybem	Liczba lekarzy będących w trakcie specjalizacji I° i II° starym trybem	
			I°	II°
21	Kardiologia	9	-	2
22	Medycyna nuklearna	-	1	1
23	Medycyna pracy	6	2	4
24	Medycyna ratunkowa	-	-	-
25	Medycyna rodzinna	74	-	-
26	Medycyna sądowa	-	-	-
27	Medycyna transportu	-	-	-
28	Mikrobiologia lekarska	1	-	-
29	Nefrologia	2	-	1
30	Neurochirurgia	2	-	-
31	Neurologia	5	5	4
32	Okulistyka	13	3	12
33	Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	9	3	11
34	Otolaryngologia	6	3	5
35	Patomorfologia	3	3	6
36	Pediatrica	18	14	27
37	Położnictwo i ginekologia	11	5	23
38	Psychiatria	11	9	10
39	Radiologia i diagnostyka obrazowa	8	12	14
40	Radioterapia onkologiczna	1	-	-
41	Radiodiagnostyka onkologiczna	-	2	2
42	Rehabilitacja medyczna	6	-	-
43	Reumatologia	-	-	4
44	Transplantologia kliniczna	-	-	-
45	Urologia	3	-	5
46	Zdrowie publiczne	-	-	-
47	Ortodoncja	2	-	5
48	Stomatologia ogólna	12	13	-
49	Chirurgia stomatologiczna	-	4	1
50	Periodontologia	-	-	2
51	Protetyka stomatologiczna	-	-	6
52	Stomatologia dziecięca	-	-	4
53	Stomatologia zachowawcza	-	-	3
Ogółem		375	134	274
Łącznie wszystkich specjalizacji				783

* źródło: Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia

Wizja zapewnienia dostatecznej liczby kadr medycznych w przyszłości winna uwzględniać kierunek i nasilenie procesów demograficznych, potrzeb zdrowotnych oraz przemian społecznych. W chwili obecnej brak jest w województwie kadr medycznych

w wielu specjalnościach np. psychiatrii ogólnej i dziecięcej, geriatrii, medycyny sportowej, medycyny ratunkowej czy toksykologii.

Konieczna jest głęboka analiza potrzeb w zakresie otwierania nowych specjalizacji. Przy ustalaniu liczby i rodzaju specjalizacji należy również uwzględnić nowe trendy w rozwoju systemu opieki zdrowotnej.

Mając na względzie potrzeby województwa w zakresie kadry lekarskiej w poszczególnych dziedzinach medycyny, Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia opracowało prognozy - na podstawie analiz demograficznych, danych epidemiologicznych, dotychczasowego zapotrzebowania na usługi medyczne oraz wskaźników Ministerstwa Zdrowia - do roku 2015.

Tabela Nr 34 Prognoza zatrudnienia lekarzy do roku 2015*

Lata	Lekarze ogółem		w tym specjaliści		
	liczba	wskaźnik na 10 tys. ludności	liczba	wskaźnik na 10 tys. ludności	wskaźnik do ogólnej liczby lekarzy
LEKARZE MEDYCYNY					
1999	3626	20,9	2989	17,2	82,4
2000	3551	20,5	3022	17,4	85,1
2005	3600	20,7	3200	18,4	88,9
2010	3800	21,7	3400	19,4	89,5
2015	4000	22,7	3600	20,4	90,9
LEKARZE STOMATOŁODZY					
1999	666	3,8	371	2,1	55,7
2000	629	3,6	353	2,0	56,1
2005	640	3,7	380	2,2	59,4
2010	660	3,8	400	2,3	60,6
2015	700	4,0	420	2,4	60,0

* źródło: Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia

*Tabela Nr 35 Zapotrzebowanie na kadry lekarskie w poszczególnych specjalnościach do 2015 roku**

L/p	Specjalność	Stan na 31 maja 2001 r.	Prognoza zapotrzebowania		
			2005	2010	2015
	Lekarze medycyny	3022	3200	3400	3600
1	Alergologia	15	22	25	30
2	Anestezjologia i intensywna terapia	165	170	175	180
3	Angiologia	1	2	4	6
4	Audiologia i foniatria	-	3	4	4
5	Balneoklimatologia i medycyna fizykalna	14	16	18	20
6	Chirurgia dziecięca	38	38	40	40
7	Chirurgia klatki piersiowej	8	12	14	16
8	Chirurgia naczyniowa	-	15	15	15
9	Chirurgia ogólna	225	230	240	250
10	Chirurgia onkologiczna	10	15	20	25
11	Chirurgia plastyczna	-	5	5	5
12	Chirurgia szczękowo-twarzowa	8	10	12	14
13	Choroby płuc	74	70	70	70
14	Choroby wewnętrzne	475	480	480	500
15	Choroby zakaźne	26	26	28	30
16	Dermatologia i wenerologia	91	95	95	100
17	Diabetologia	14	20	25	30
18	Diagnostyka laboratoryjna	5	7	9	10
19	Endokrynologia	10	12	15	15
20	Farmakologia kliniczna	2	2	2	2
21	Gastroenterologia	12	14	16	18
22	Geriatrya	2	10	15	20
23	Genetyka kliniczna	-	4	4	4
24	Hematologia	4	6	8	10
25	Higiena i epidemiologia	3	5	7	7
26	Immunologia kliniczna	-	1	1	1
27	Kardiochirurgia	9	10	13	15
28	Kardiologia	49	55	55	60
29	Medycyna nuklearna	3	5	5	5
30	Medycyna paliatywna	-	10	15	25
31	Medycyna pracy	49	50	50	50
32	Medycyna ratunkowa	-	30	50	80
33	Medycyna rodzinna	195	317	391	415
34	Medycyna sądowa	4	4	6	8
35	Medycyna sportowa	6	6	8	8
36	Medycyna transportu	3	6	6	8
37	Mikrobiologia lekarska	4	6	8	10

38	Nefrologia	9	14	16	20
L/p	Specjalność	Stan na 31 maja 2001 r.	Prognoza zapotrzebowania		
			2005	2010	2015
39	Neonatologia	49	40	35	30
40	Neurochirurgia	13	15	18	20
41	Neurologia	89	90	90	90
42	Okulistyka	148	155	170	175
43	Onkologia i hematologia dziecięca	-	10	10	10
44	Onkologia kliniczna	5	10	15	25
45	Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	75	75	75	80
46	Otolaryngologia	92	95	98	100
47	Patomorfologia	21	21	21	22
48	Pediatrica	302	197	185	187
49	Położnictwo o ginekologia	301	310	310	310
50	Psychiatria	80	85	90	100
51	Psychiatria dzieci i młodzieży	6	10	10	10
52	Radiologia i diagnostyka obrazowa	109	115	115	115
53	Radioterapia onkologiczna	11	15	20	20
54	Rehabilitacja medyczna	25	32	36	40
55	Reumatologia	35	36	38	38
56	Seksuologia	3	4	4	4
57	Toksykologia kliniczna	-	2	2	2
58	Transfuzjologia kliniczna	14	14	14	14
59	Transplantologia kliniczna	-	6	8	10
60	Urologia	39	40	41	42
61	Zdrowia publiczne	17	20	25	30
Lekarze stomatologii		353	380	400	420
1	Chirurgia stomatologiczna	25	27	29	30
2	Chirurgia szczękowo-twarzowa	6	7	9	10
3	Ortodoncja	16	18	25	25
4	Periodontologia	5	7	7	7
5	Protetyka stomatologiczna	29	30	30	30
6	Stomatologia dziecięca	18	18	18	15
7	Stomatologia ogólna	212	230	240	250
8	Stomatologia zachowawcza	42	44	44	44

* źródło: Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia

Na podstawie analizy stanu zatrudnienia pracowników służby zdrowia z roku 1999 i 2000 stwierdza się wyraźny spadek zatrudnienia. W grupie zawodowej lekarzy, zatrudnienie zmniejszyło się o 2,1%, stomatologów o 5,8%, pielęgniarek o 7,7% a położnych o 1,8%.

Jednakże z powyższego zestawienia wynika, że w prognozie do roku 2215 liczba lekarzy powinna ulec podwojeniu. Głównie dotyczy to lekarzy specjalistów w zakresie

diabetologii, geriatrici, onkologii, w tym onkologii dziecięcej, kardiologii i medycyny rodzinnej. Związane jest to w rozpowszechnianiem się tego typu schorzeń jak choroby metaboliczne, kardiologiczne i nowotworowe. Co do liczby lekarzy medycyny rodzinnej, zwiększenie ich liczby podyktowane jest wprowadzaniem, zgodnie z założeniami reformy, określonej liczby populacji przypadającej na jednego lekarza. Wraz ze wzrostem liczby ludności naszego województwa, automatycznie wzrastać będą potrzeby kadrowe w zakresie tej specjalności.

Jedynym wyjątkiem są lekarze pediatrzy. Rozszerzenie zakresu kompetencji lekarza medycyny rodzinnej oraz ze względu na mały przyrost naturalny jaki jest obserwowany w naszym województwie, prognozuje się ograniczenie liczby lekarzy pediatrów.

Na szczególne podkreślenie zasługuje fakt, że znaczne zapotrzebowania kadrowe prognozowane są w zakresie takich specjalności jak medycyna paliatywna, transplantologia oraz medycyna ratunkowa.

Województwo zachodniopomorskie jest wiodącym w kraju w zakresie transplantologii. Dwa ośrodki jakie zajmują się przeszczepami narządów w naszym województwie szczycą się znacznymi osiągnięciami a co istotne, posiadają dobrze wyposażoną bazę w postaci aparatury i sprzętu medycznego. Dla dalszego rozwoju tej specjalności medycznej, niezbędne jest uzupełnianie tych zasobów, także o wysoko wyspecjalizowaną kadrę.

Również, w związku z wprowadzaniem zintegrowanego systemu ratownictwa medycznego, należy dążyć do uzupełnienia kadr medycznych w lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej.

W celu podnoszenia jakości opieki zdrowotnej należy zapewnić również odpowiednią liczbę pielęgniarek i położnych.

Sprawność i efektywność opieki pielęgniarskiej uzależniona jest m.in. od stanu ich zatrudnienia. Z uwagi na zróżnicowanie profilu usług pomiędzy zakładami opieki zdrowotnej oraz poszczególnymi oddziałami ustalenie liczby zatrudnionego personelu tylko na podstawie liczby łóżek jest niezasadne.

Mając to na względzie należy umożliwiać także pielęgniarkom zdobywanie specjalizacji oraz konsekwentnie wdrażać rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej.

6. Przekształcenia własnościowe i polityka inwestycyjna

6. 1 Przekształcenia zakładów opieki zdrowotnej – wprowadzenie różnych form własności i zarządzania w ochronie zdrowia

Wprowadzona reforma ochrony zdrowia, wymusiła na zakładach opieki zdrowotnej wiele przekształceń w tym własnościowych. Dostosowanie zakładów było i wciąż jest konieczne nie tylko ze względu na konieczność dopasowania do powstałego systemu, a przede wszystkim zabezpieczenie właściwej opieki zdrowotnej i uzyskiwania efektywnych skutków finansowych.

6.1.1 Cele i istota przekształceń własnościowych zakładów opieki zdrowotnej

Przekształcenia, które w mniejszym lub większym stopniu mają miejsce mają charakter:

- Przekształceń strukturalnych, w tym:
 - zmian ilościowych,
 - zmian jakościowych,
- Przekształceń własnościowych.

Podstawowym założeniem przekształceń własnościowych zakładów opieki zdrowotnej jest zwiększenie roli sektora prywatnego w systemie ochrony zdrowia. Zasadniczymi zagadnieniami przekształceń jest prywatyzacja:

1. Usług medycznych,
2. Usług pomocniczych,
3. Zarządzania ochroną zdrowia
4. Majątku.

Odrębnym zagadnieniem, pozostającym w sferze planowania długoterminowego jest prywatyzacja płatnika. Dopuszczenie prywatnych ubezpieczycieli świadczeń medycznych pozwoliłoby zniwelować niezdrowy monopol obecnie funkcjonujących kas chorych.

Obecnie przekształcenia placówek służby zdrowia mają jeden kierunek zarówno dla lecznictwa zamkniętego, specjalistycznej opieki ambulatoryjnej jak i całodobowej, podstawowej opieki zdrowotnej tj. przekształcenie w niepubliczny zakład opieki zdrowotnej na bazie Kodeksu Spółek Handlowych.

Dąży się do całkowitego sprywatyzowania podstawowej opieki zdrowotnej oraz specjalistycznej opieki ambulatoryjnej polegającego na przekształceniu ich w spółki prawa handlowego.

Dla szpitali planuje się przekształcenie formy funkcjonowania na spółkę kapitałową: akcyjną lub z ograniczoną odpowiedzialnością. Część zadań prywatyzacyjnych i przekształceniowych jest i będzie realizowana, natomiast zasadnicze przekształcenia w służbie zdrowia możliwe będą dopiero po wprowadzeniu nowych, odpowiednich przepisów prawnych.

Prywatyzacja usług medycznych

Przekazanie wykonywania świadczeń medycznych w ręce prywatnych świadczeniodawców, poprzez zawieranie kontraktów na świadczenie tych usług.

Prywatyzacja usług medycznych nie jest pojęciem tożsamym z prywatyzacją publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

„Dzisiejsza prywatyzacja” to głównie prywatyzacja usług. Samorząd terytorialny nie ma wpływu na wybór świadczeniodawców zawierających umowę z kasą chorych. O prywatyzacji usług zadecyduje atrakcyjność i konkurencyjność podmiotu składającego ofertę. Prywatyzacja usług jest procesem ciągłym. U podstaw rozwiązań dotyczących tego procesu leży zwiększenie dostępności do świadczeń medycznych, wzrost efektywności, obniżenie kosztów, wprowadzenie zasad czystej konkurencji. Proces przekształceń z którym mamy do czynienia wymaga dalszej modyfikacji i poszukiwania nowych rozwiązań.

Prywatyzacja usług pomocniczych

Rezygnacja z części samodzielnie wykonywanych przez zakład zadań i powierzeniu ich podmiotom prawnym, tworzonemu na bazie dotychczas zatrudnianych pracowników, działającym w oparciu o umowy najmu pomieszczeń i dzierżawy sprzętu – dotyczy głównie służb pomocniczych np. pralnia, kuchnia.

Prywatyzacja zarządzania ochroną zdrowia

Rezygnacja przez organ założycielski z zatrudniania na podstawie umowy o pracę dyrektora zakładu i powierzeniu zarządzania publicznym zakładem opieki zdrowotnej firmie prywatnej na podstawie umowy cywilno – prawnej, zwanej kontraktem menedżerskim.

Prywatyzacja majątku

Wydzierżawienie lub wynajem majątku lub sprzedaż składników majątku zakładu opieki zdrowotnej, którego rachunek ekonomiczny wskazuje na brak rentowności. Oznacza to w praktyce, iż majątek, którego koszty utrzymania przekraczają możliwości zakładu opieki zdrowotnej powinien zostać skomercjalizowany.

Prywatyzacja płatnika

Dopuszczenie na rynek ubezpieczeń zdrowotnych prywatnych ubezpieczycieli, zgodnie z art. 4a ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Obecnie obowiązujące przepisy prawne nie regulują szczegółowo metod prywatyzacji zakładów opieki zdrowotnej. Dzięki uchwaleniu projektu ustawy o komercjalizacji i prywatyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej będzie możliwe przekształcenie szpitali w spółki prawa handlowego.

Przepisy dotyczące przedsiębiorstw państwowych nie stanowią podstawy do przeprowadzania prywatyzacji w zakładach opieki zdrowotnej ,

6.1.2 Przekształcenia podstawowej opieki zdrowotnej oraz specjalistycznej opieki ambulatoryjnej

W chwili obecnej prywatyzacja usług w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz specjalistyki zarówno w kraju jak i w województwie zachodniopomorskim jest najczęściej spotykana. Problemem pozostaje pogodzenie przekazania majątku podmiotom niepublicznym oraz zadań wynikających z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Preferowaną formą jest wydzielanie małych niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, które korzystają z majątku na podstawie umów najmu oraz dzierżawy.

Dąży się do całkowitego sprywatyzowania podstawowej opieki zdrowotnej oraz specjalistycznej opieki ambulatoryjnej polegającej na przekształceniu w spółki prawa handlowego np. kapitałową. Będzie to jednak możliwe dopiero po wprowadzeniu w życie odpowiednich przepisów prawnych.

Przekształcenie :

- podstawowej opieki zdrowotnej
- specjalistycznej opieki ambulatoryjnej

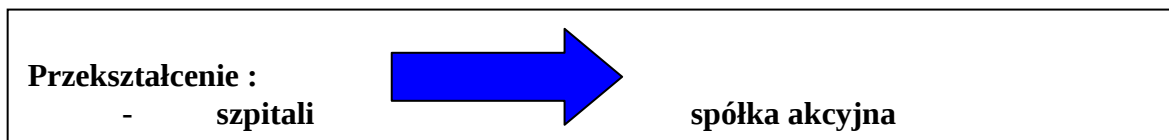


spółki prawa handlowego

6.1.3 Przekształcenie szpitali

Obecnie niewiele szpitali ulega przekształceniom w zakresie usług medycznych. Wynika to przede wszystkim ze złożoności struktury szpitala tak funkcjonalnej jak również organizacyjnej. Przekształcenia polegające na sprywatyzowaniu usług pomocniczych oraz zarządzania w szpitalu w województwie zachodniopomorskim mają miejsce od momentu wejścia w życie reformy zdrowia.

Przekształcenia szpitali polegające na przekształcaniu w spółkę prawa handlowego odbywają się obecnie z udziałem samorządów terytorialnych. W przyszłości, dzięki wprowadzeniu nowych, bardziej elastycznych przepisów koniecznością będzie nadanie szpitalom rangi firm świadczących usługi medycznych na wysokim poziomie. Wejście Polski do Unii Europejskiej wymusi przekształcenia lecznictwa całodobowego polegające na dostosowaniu do standardów europejskich.



Zadania w zakresie przekształceń

Realizacja zadań w zakresie przekształceń własnościowych, w chwili obecnej możliwa jest jedynie poprzez likwidację oraz podział i połączenie. Najistotniejszym wydaje się być pozyskanie środków na rozliczenie zobowiązań przekształcanych zakładów.

1. Likwidacja w świetle obowiązujących przepisów konieczna jako punkt wyjścia dla przekształceń polegających na połączeniu dwóch jednostek lub sprywatyzowaniu jednostek na rzecz spółek z udziałem pracowniczym i inwestorów zewnętrznych.

2. Połączenie z jednostkami sprawnie zarządzanymi i dobrze zorganizowanymi o dobrej strukturze funkcjonalnej przyłącza się jednostki słabe, których potencjał nie jest

w pełni wykorzystany. Poprzez połączenie zwiększeniu ulega efektywność szczególnie w perspektywie długofalowej oraz tworzy się markę zakładu pozwalającą na znalezienie miejsce na rynku usług medycznych.

3. Podział samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na co najmniej dwa samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, między które dzieli się majątek podzielonego zakładu. Pozwala to racjonalnie rozmieścić jednostki a dzięki temu zwiększyć dostępność do usług medycznych.

4. Poszukiwanie inwestora zewnętrznego jest konieczne w przypadku poszukiwań dodatkowego kapitału dla poprawienia bazy sprzętowej zakładu, a co za tym idzie poprawić jakość świadczonych usług medycznych. Pozwala również elastyczniej dostosowywać się jednostce do zmiennych warunków rynkowych. Wpuszczenie inwestora wymaga również zmian w zakresie zarządzania oraz organizacji zakładu.

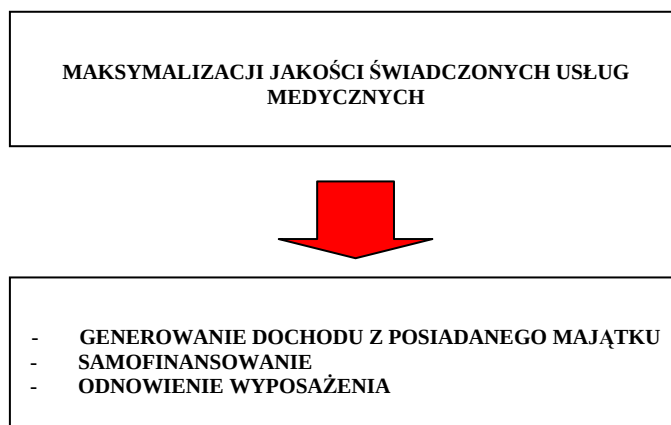
6.2 Polityka inwestycyjna

Kreowana w regionie zarówno w skali województwa jak i subregionów lokalnych. W zakresie polityki inwestycyjnej mieszczą się : zakupy inwestycyjne, inwestycje wieloletnie dotąd zwane centralnymi, inwestycje własne samorządów terytorialnych oraz modernizacje prowadzone niemal we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim.

6.2.1 Zakupy inwestycyjne

Wymagają dużych nakładów pieniężnych ze względu na istniejący stan bazy sprzętowej w jednostkach ochrony zdrowia. Przeważnie mają charakter odtworzeniowy, niestety w niewielkim stopniu pozyskiwana jest nowa aparatura i sprzęt medyczny.

Cele i istota zakupów inwestycyjnych:



Ważnym zadaniem realizowanym przez jednostki samorządu terytorialnego jest poprawa bazy lokalowej placówek służby zdrowia i ich wyposażenie. Dotychczasowe środki przeznaczone w ostatnich latach były w dużym stopniu niedostateczne. Nastąpiła duża dekapitalizacja tak bazy jak również aparatury i sprzętu medycznego.

Istnieje również potrzeba standaryzacji sprzętu tj. dostosowania bazy do oczekiwanego poziomu świadczenia usług.

Baza sprzętowa jednostek służby zdrowia w województwie zachodniopomorskim jest bardzo zróżnicowana. Wyposażenie stanowi jednak o skuteczności i możliwościach leczenia pacjentów.

Mapa Nr 6 przedstawia lokalizację wybranej aparatury, widoczne jest skoncentrowanie wysokospecjalistycznej aparatury medycznej szczególnie w regionie szczecińskim.

**Tabela Nr 36 Stan wyposażenia jednostek służby zdrowia w niektórą aparaturę
wysokospecjalistyczną**

Nazwa aparatury	Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej	Niepubliczne Zakłady Opieki Zdrowotnej	Łączna ilość:	Wskaźnik ilości mieszkańców woj. na 1 aparat
MAMMOGRAF	17	1	18	96.267
TOMOGRAF KOMPUTEROWY	10	-	10	173.280
REZONANS MAGNETYCZNY	2	-	2	866.400
STACJA DIALIZ	10	-	10	173.280
ANGIORGAFY	4	-	4	433.200
APARATY RTG	ok.100	-	100	17.328
APARATY USG	ok. 80	-	80	21.660

Zaznaczyć należy, iż wykorzystywana przez jednostki aparatura i sprzęt medyczny wymaga coraz większych nakładów odtworzeniowych. Niedofinansowanie powoduje przede wszystkim obniżenie jakości świadczonych usług oraz zwiększenie nakładów w przyszłości szczególnie w świetle integracji z Unią Europejską.

W wyniku reformy zdrowia oraz podziału zakładów opieki zdrowotnej na niepubliczne oraz publiczne jednostki nie istnieje instytucja, która prowadziłaby ewidencję wysokospecjalistycznej aparatury medycznej.

Zadania:

1. Standaryzacja aparatury i sprzętu medycznego pozwalająca na dostosowanie do poziomu referencyjnego zakładów jak i zakresu świadczonych usług;

2. **Dostosowanie** sprzętu do świadczonych usług tak aby jego wykorzystanie zgodne było z rachunkiem ekonomicznym;

3. Zwiększenie **udziału środków pozabudżetowych** poprzez programy w ramach źródeł wymienionych powyżej.

4. Stały **monitoring** bazy sprzętowej i jej wykorzystania;

5. **Opracowanie planu i harmonogramu** zakupów inwestycyjnych.

6.2.2 Inwestycje w ochronie zdrowia

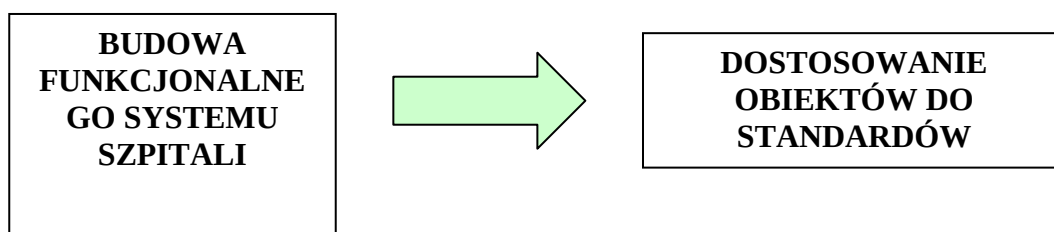
Baza lokalowa placówek ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego liczy sobie średnio 60 lat - czasem dużo więcej. Niedostateczna powierzchnia tych obiektów, znaczne zagęszczenie liczby łóżek powoduje przekroczenie dopuszczalnych przez WHO norm w tym zakresie. W ostatnim dziesięcioleciu zakłady opieki zdrowotnej nie miały możliwości wykonania koniecznych modernizacji i remontów, ograniczając wydatki tylko do remontów bieżących. Służby kontrolujące warunki pracy i bezpieczeństwo pracowników i pacjentów stwierdzają w większości placówek braki i niedociągnięcia.

W obecnej sytuacji zadania inwestycyjne mają charakter lokalny oraz centralny (inwestycje wieloletnie). Zaznaczyć należy, iż zadania inwestycyjne nie mogą być finansowane w ramach środków z kontraktów na świadczenia medyczne.

Zadania inwestycyjne:

1. Inwestycje wieloletnie,
2. Inwestycje własne samorządów,
3. Modernizacje, prowadzone przez same zakłady opieki zdrowotnej.

1. Cele zadań inwestycyjnych



2. Inwestycje wieloletnie

W ramach prowadzonych zadań inwestycyjnych, wieloletnich w województwie zachodniopomorskim prowadzone są następujące zadania:

1. Budowa Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie;
2. Przebudowa i modernizacja Szpitala po byłych Jednostkach Armii Radzieckiej w Białogardzie;
3. Pawilon ginekologiczno – położniczy i modernizacja szpitala w Stargardzie Szczecińskim.

3. Inwestycje własne samorządów i PAM

Są to zadania realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego na szczeblu gminnym, powiatowym i wojewódzkim. W województwie zachodniopomorskim prowadzonych jest łącznie **26** zadań inwestycyjnych, w tym:

- | | |
|--|-------------|
| - inwestycje modernizacyjne polegające na przebudowie, rozbudowie lub nadbudowie istniejącego budynku szpitala, technicznego lub gospodarczego | - 19 |
| - inwestycje polegające na budowie nowego budynku na terenie istniejącego szpitala | - 5 |
| - budowy zupełnie nowych szpitali | - 2 |
| Łącznie: | - 26 |

Wśród nich najistotniejsze są:

1. Oddział Intensywnej Opieki Medycznej w Goleniowie;
2. Szpital Specjalistyczny w Gryficach;
3. Budowa Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i modernizacja lądowiska w SP Szpitalu Klinicznym Nr 1;

4. Adaptacja i modernizacja Kliniki Chorób Wewnętrznych na potrzeby kardiochirurgii w SP Szpitalu Klinicznym Nr 2;
5. Budowa Oddziału Ratownictwa Medycznego w Stargardzie Szczecińskim;
6. Rozbudowa pawilonu ginekologiczno-położniczego z Oddziałem Ratownictwa Medycznego i Traumatologii w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Szczecinie;
7. Budowa Szpitala w Szczecinie Zdrojach;
8. Rozbudowa Oddziału Radioterapii w Regionalnym Szpitalu Onkologicznym w Szczecinie;
9. Modernizacja Specjalistycznego Szpitala im. prof. Alfreda Sokołowskiego w Szczecinie-Zdunowie.
10. Budowa Oddziału Hematologii i Onkologii Dziecięcej w Szczecinie prowadzonej przez Stowarzyszenie Rodziców Dzieci Chorych na Białaczkę i Inne Choroby Rozrostowe Krwi w Szczecinie.

Dokończenie powyższych zadań inwestycyjnych spowoduje pozyskanie nowych, spełniających standardy szpitali europejskich. Inwestycje te powinny zostać dostosowane do lokalnej specyfiki demograficznej oraz geograficznej. Maksymalna poprawa jakości dotąd świadczonych usług jest celem fundamentalnym.

Trudno jest określić optymalną ilość łóżek szpitalnych w stosunku do zapotrzebowania na nie w świetle warunków i polityki realizowanej przez kasy chorych. Jednak, określenie optimum pozwoli efektywnie wykorzystać bazę lokalową, sprzętową i łózkową.

4. Modernizacje

W ramach zadań inwestycyjnych prowadzone są również, w zakładach opieki zdrowotnej modernizacje mające na celu przede wszystkim:

- **zabezpieczenie obiektów przed dalszą dekapitalizacją np.:**
 - remont dachu,
 - wymiana agregatów prądotwórczych,

- modernizacja wind szpitalnych;
- **zabezpieczenie przeciwpożarowe obiektów np.:**
 - modernizacja sieci sygnalizacji przeciwpożarowej,
- **konieczność wymiany zużytego sprzętu mogącego stanowić zagrożenie dla życia, zdrowia pacjentów i personelu oraz środowiska, np.:**
 - modernizacja spalarni odpadów medycznych,
 - modernizacja kotłowni,
 - zmiana ogrzewania z węglowego na gazowe;
- **spełnienie wymogów sanitarnych:**
 - instalacja węzłów sanitarnych;

Zadania:

1. Korekta istniejących planów budowlanych w świetle zmian na rynku usług medycznych nie tylko dla inwestycji w naszym regionie ale również dla wszystkich prowadzonych od lat zadań inwestycyjnych. Głównym celem zmian jest ocena równowagi popytu i podaży na rynku usług medycznych. Potrzebne jest to do optymalnego dostosowania struktury funkcjonalnej i organizacyjnej budowanego lub modernizowanego szpitala.

Zmiany są nieuniknione ponieważ rynek usług i uwarunkowania społeczne ulegają ciągłym przekształceniom i zmianom.

2. Przygotowanie wieloletniego planu modernizacji mających na celu dostosowanie jednostek zdrowia do wymogów sanitarno–epidemiologicznych oraz przeciwpożarowych.

3. Podjęcie działań o pozyskanie dodatkowych środków na zakończenie rozpoczętych zadań.

System bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego województwa

Nadzór sanitarno-epidemiologiczny sprawowany jest za pośrednictwem wydzielonego pionu składającego się z wojewódzkich i terenowych stacji sanitarno-epidemiologicznych podległych Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu w randze vice-ministra zdrowia.

W województwie zachodniopomorskim instytucją sprawującą nadzór nad stanem sanitarno – epidemiologicznym jest Zachodniopomorski Wojewódzki Inspektor Sanitarny i podległe mu oddziały terenowe.

Odnosnie zakładów opieki zdrowotnej Zachodniopomorski Wojewódzki Inspektor Sanitarny corocznie przedstawia Urzędowi Marszałkowskiemu dokument „Ocena stanu sanitarnego obiektów służby zdrowia” zawierający informacje pokontrolne w zakładach stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, ocenę higieniczną warunków pracy w obiektach służby zdrowia, ocenę placówek służby zdrowia w zakresie zagrożenia promieniowaniem oraz charakterystykę prywatnych gabinetów.

I tak, w roku 2000 w obiektach służby zdrowia przeprowadzono 6 644 kontrole, wystawiono 169 decyzji administracyjnych, wystosowano 394 pisma interwencyjne, nałożono grzywny na sumę 200 zł., ukarano 54 osoby mandatami na sumę 4 010 zł. oraz wydano 519 opinii sanitarnych

Zachodniopomorski Wojewódzki Inspektor Sanitarny mając na celu poprawę sytuacji w zakresie właściwego zabezpieczenia sanitarno–epidemiologicznego województwa zachodniopomorskiego, wyznacza do realizacji zadania w zakresie:

7.1 Higieny komunalnej

1. Zabezpieczenie istniejących ujęć wód podziemnych i powierzchniowych ze szczególnym uwzględnieniem ochrony tych zasobów w celu zaopatrzenia ludności w wodę odpowiadającą wymaganiom sanitarnym,
2. Stworzenie systemu gromadzenia i odbioru odpadów komunalnych na terenach wiejskich,
3. Opracowanie i realizacja racjonalnego programu unieszkodliwiania odpadów medycznych,

4. Budowa odpowiedniej ilości nowoczesnych zakładów utylizacji odpadów komunalnych z segregacją i odzyskiem surowców wtórnych, kompostownia odpadów organicznych itp., jednocześnie zwiększenie restrykcji za celowe zanieczyszczenia środowiska,
5. Budowa systemu kanalizacji oraz oczyszczalni ścieków w mieście Szczecinie i na terenie województwa zachodniopomorskiego,
6. Modernizacja sieci monitoringu zanieczyszczeń powietrza atmosferycznego obejmującego całe województwo poprzez instalowanie automatycznych stacji kontrolno-pomiarowych,
7. Przeprowadzanie badań odnośnie wpływu istniejących – nieczynnych mogielników na stan czystości wody, gleby i powietrza atmosferycznego,
8. Budowa tymczasowych grzebowisk padliny.

7.2 W zakresie higieny środowiska pracy

1. Ochrona zdrowia człowieka w środowisku pracy. Zmniejszenie narażenia zawodowego na czynniki szkodliwe dla zdrowia występujące w środowisku pracy,
2. Profilaktyka chorób zawodowych,
3. Ochrona przed szkodliwym wpływem substancji i preparatów chemicznych,
4. Badania i pomiary czynników szkodliwych dla zdrowia i środowiska pracy,
5. Przystosowanie zakładów pracy do wymogów Dyrektyw Unii Europejskiej,
6. Wzniesienie sprzeciwu przeciwko uruchomieniu wybudowanego lub przebudowanego zakładu w przypadku, gdy stwierdzi się, że nie uwzględnienie wymagań sanitarnych stworzy zagrożenie dla życia lub zdrowia.

7.3 W zakresie higieny w placówkach oświatowo-wychowawczych

1. Poprawa stanu sanitarnego w placówkach oświatowo-wychowawczych, szkołach oraz placówkach sezonowych na terenie województwa,
2. Poprawa sposobu i jakości żywienia w szkołach i placówkach oświatowo-wychowawczych oraz sezonowych,
3. Poprawa warunków sanitarno-technicznych do realizacji zajęć z wychowania fizycznego tak, aby kształtowały one prawidłowe nawyki higieniczno-zdrowotne oraz zapewniały bezpieczeństwo zdrowotne dzieci podczas lekcji w-f salach gimnastycznych oraz boiskach i placach gier i zabaw.

7.4 W zakresie nadzoru nad higieną żywienia i żywności

1. Zapewnienie bezpiecznych warunków produkcji żywności, handlu i transportu żywności,
2. Wzmoczenie kontroli jakości zdrowotnej żywności importowanej,
3. Bieżący nadzór sanitarny z uwzględnieniem systemu HCCP w miejscach produkcji i obrotu handlowego przedmiotów codziennego użytku,
4. Poprawa informacji na temat składu właściwości artykułów oferowanych do sprzedaży z uwzględnieniem żywności genetycznie modyfikowanej, napromieniowanej i specjalnego przeznaczenia (dla dzieci i sportowców).

7.5 W zakresie epidemiologii

1. Wzmoczony nadzór nad wykonywaniem szczepień ochronnych, dystrybucja szczepionek,
2. Szczegółowe opracowywanie wywiadów epidemiologicznych dotyczących zachorowań na choroby zakaźne celem wdrożenia działań profilaktycznych i p/epidemiologicznych,
3. Poprawa stanu sanitarnego placówek służby zdrowia,
4. Wypracowanie metod skutecznej walki z zagrożeniami epidemicznymi,
5. Wzmoczony nadzór nad nosicielami zakaźnych schorzeń jelitowych oraz nosicielami WZW typ „B” i „C”,
6. Prowadzenie nadzoru nad osobami pokąsanymi przez zwierzęta.

7.6 W zakresie higieny radiacyjnej

1. Ochrona ludności przed promieniowaniem jonizującym,
2. Ochrona ludności przed promieniowaniem niejonizującym.

7.7 W zakresie oświaty zdrowotnej

1. Propagowanie działań w kierunku zmniejszenia i zmiany struktury spożycia alkoholu,
2. Propagowanie działań ograniczających używanie substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych,
3. Zwiększenie aktywności fizycznej ludności,
4. Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności,
5. Propagowanie działań w kierunku zmniejszenia rozpowszechnienia palenia tytoniu,
6. Zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa oraz działań w zakresie promocji zdrowia,

7. Zwiększenie skuteczności i sprawności doraźnej w nagłym zagrożeniu życia,
8. Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym,
9. Intensyfikacja profilaktyki próchnicy zębów i chorób przyzębia u dzieci, młodzieży i kobiet ciężarnych.

PODSUMOWANIE

Polityka zdrowotna jest obecnie jednym z najważniejszych problemów wymagających dokonania kompletnych i często radykalnych rozwiązań przez samorządy terytorialne. Wymaga też zgodnej z założeniami strategicznym, koordynacji przez Samorząd Wojewódzki.

Polityka zdrowotna jest także jednym z ważniejszych tematów w związku z obecnie uzyskiwanym przez Polskę członkostwem w Unii Europejskiej.

W 1997r. Komitet Integracji Europejskiej opracował Narodowy Program Przygotowania do Członkostwa w Unii Europejskiej. Dokument ten wyznacza kierunek działań dostosowawczych oraz określa harmonogram ich realizacji w latach 1998-2002 w różnych dziedzinach gospodarczych, w tym również w dziedzinie ochrony zdrowia.

Główne uregulowania prawne Unii Europejskiej w zakresie zdrowia publicznego określają: Traktat z Maastricht i Traktat z Amsterdamu. Przewidują one nie tylko działania Unii Europejskiej w dziedzinie zdrowia i profilaktyki, ale zakładają również monitorowanie pojawiających się nowych problemów w dziedzinie sytuacji zdrowotnej ludności państw członkowskich.

Należy jednak mieć na uwadze, że działania Wspólnoty w dziedzinie zdrowia mogą uzupełniać działalność państw członkowskich. Polska opracowała Narodowy Program Zdrowia, przy czym odpowiedzialność za stan zorganizowania i funkcjonowania służby zdrowia przejmują samorządy wszystkich szczebli. Realizacja tych zadań odbywa się w sferze:

1. ochrony zdrowia poprzez zapobieganie chorobom, czyli profilaktykę,
2. doskonalenia zdrowia poprzez promocję zdrowia,
3. przywracania zdrowia poprzez wczesne wykrywanie, prawidłowe leczenie i rehabilitację leczniczą.

Istnieją dwa rodzaje mierników stanu zdrowia:

- bezpośrednie pozytywne,
- pośrednie negatywne.

Zdrowie jest wartością pozytywną, ale trudną do oceny bezpośredniej, uniwersalnej i miarodajnej. Stan zdrowia z reguły mierzony jest jego brakiem czyli chorobą lub jej skutkami: umieralnością czy niepełnosprawnością.

Istnieje też potrzeba zastosowania miary, która zdefiniowałaby obszary, w których występuje największa liczba zdarzeń zdrowotnych powodujących największe obciążenie zdrowotne w danej populacji. Określenie zasięgu występowania grup ryzyka zachorowań na niektóre schorzenia, wypracowanie właściwych sposobów postępowania i metod działania, oraz rozplanowanie środków finansowych. Możliwe wówczas byłoby planowanie, zarządzanie i monitorowanie działań w opiece zdrowotnej, działań zorientowanych na ograniczenie wydatków na ochronę zdrowia.

Monitorowanie procesu realizacji strategii

Podstawą skutecznego wdrażania „Strategii sektorowej w ochronie Województwa Zachodniopomorskiego” jest między innymi systematyczne monitorowanie realizacji działań częściowych oraz reagowanie na ujawniające się różnice między założeniami strategii a osiąganymi efektami. Wynika z tego konieczność budowy systemu monitorowania i systemu obiektywnej oceny wyników podjętych działań.

Prowadzenie monitoringu w świetle obecnie obowiązujących przepisów prawnych jest znacznie utrudnione, ale bezwzględnie konieczne. Prowadzenie bieżącej oceny stopnia wdrożonych zadań, wymaga współpracy z instytucjami, które gromadzą i przetwarzają dane o działalności zakładów opieki zdrowotnej i sytuacji zdrowotnej społeczeństwa.

W procesie monitorowania winny wziąć udział:

- Realizatorzy strategii lokalnych,
- Zachodniopomorska Regionalna Kasa Chorych,
- Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia,
- Urząd Statystyczny,
- Sejmik Województwa Zachodniopomorskiego.

Istotna rola w systemie monitorowania przypada Urzędowi Marszałkowskiemu Województwa Zachodniopomorskiego jako koordynatorowi przebiegu strategii. Ustalono, że wdrażanie Strategii będzie oceniane przez Sejmik Województwa Zachodniopomorskiego raz w roku.

Podstawą przeprowadzenia oceny postępu realizacji poszczególnych działań służących realizacji strategii będzie zestaw wskaźników zdrowotnych i wskaźników działalności zakładów opieki zdrowotnej.

Wskaźniki te to:

- Przeciętna długość życia,
- Porady wg rodzaju świadczeniobiorców i świadczeniodawców,
- Wskaźnik porad/10 tys. mieszkańców wg miejsca zamieszkania,
- Wskaźnik hospitalizowanych w opiece krótkoterminowej i długoterminowej wg rodzajów zakładów opieki zdrowotnej,
- Wskaźnik leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu wg rodzaju zakładów opieki zdrowotnej,
- Przeciętny czas pobytu w szpitalu,
- Wskaźnik przelotowości łóżek szpitalnych,
- Przeciętne wykorzystanie łóżek,
- Wskaźnik łóżek na 10 tys. mieszkańców,
- Wskaźniki struktury łóżek szpitalnych,
- Wskaźniki zatrudnienia w ochronie zdrowia,
- Umieralność niemowląt,
- Przedwczesna umieralność wg płci, miejsca zamieszkania i przyczyn,
- Wskaźniki zachorowalności,
- Wskaźniki chorobowości w wybranych chorobach,
- Umieralność ogólna i wg przyczyn,
- Wskaźniki rannych i zmarłych wskutek zewnętrznych przyczyn,
- Wskaźniki oceny realizacji programów profilaktycznych,
- Ocena realizacji inwestycji w ochronie zdrowia i zakupów aparatury medycznej,

Monitorowanie i ewaluacja wyników realizacji Strategii są podstawowym warunkiem skuteczności działań. Stworzą one podstawę do dokonywania niezbędnych korekt i modyfikacji Strategii w latach przyszłych.

Duża grupa ludzi biorąca udział w opracowaniu „Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia” sformułowała jedynie podstawowe warunki. Zamiarem Strategii nie jest uszczegółowienie rozwiązań ale wskazanie kierunków rozwoju ochrony zdrowia.

W oparciu o Strategię Województwa mogą być opracowane lokalne strategie rozwoju. „Strategia sektorowa w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego” jest dokumentem otwartym i będzie wymagać korekt.

Przed wszystkim nie są znane wszystkie akty prawne i aktualne programy krajowe. Nie znane są też sposoby finansowania.

Realizacja części tych zadań będzie służyć rozwojowi opieki nad pacjentem, który jest podmiotem i najważniejszym elementem systemu ochrony zdrowia.

Strategia sektorowa w zakresie ochrony zdrowia Województwa
Zachodniopomorskiego
jest materiałem dynamicznym i otwartym na zmiany.
Wymaga stałego monitorowania, akceptowania dotychczasowych działań i jak
i wprowadzania nowych korekt w jej realizacji zgodnie z obowiązującymi trendami
i prognoząmi a także możliwościami finansowymi.

W pracach poprzedzających opracowywanie „Strategii sektorowej w ochronie zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego” brało udział wielu specjalistów w dziedzinie organizacji ochrony zdrowia, którzy wytyczyli kierunki rozwoju poszczególnych obszarów ochrony zdrowia. Ich opracowania i propozycje były wykorzystane w trakcie redagowania niniejszego dokumentu.

Zespół redagujący Strategię składa podziękowania za współpracę wszystkim osobom, które zechciały podzielić się swoją wiedzą i doświadczeniem:

1. Prof. dr hab. n. med. Jan Lubiński
2. Prof. dr hab. n. med. Ireneusz Kojder
3. Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Marlicz
4. Prof. dr hab. n. med. Marian Sygit
5. Prof. dr hab. Krystyna Lipińska
6. Prof. dr hab. Maria Hass-Symotiuk
7. Dr Wojciech Bychawski
8. Dr Maria Ilnicka-Mądry

9. Dr Tomasz Grodzki
10. Dr Halina Maciejewicz
11. Dr Tomasz Mirakowski
12. Dr Leszek Herbowski
13. Dr Mirosław Mikietyński
14. Dr Aneta Zelek
15. Dr hab. n. med. Alicja Walczak
16. Dr Zbigniew Hamerlak
17. Dr Zenon Czajkowski
18. Dr Krzysztof Michalczyk
19. lek. med. Andrzej Ślęzak
20. lek. med. Remigiusz Furche
21. lek. med. Maria KołECKA
22. lek. med. Ekspedyt Wieliczko
23. lek. med. Ingeborga Staroniewska
24. lek. med. Andrzej Raczyński
25. lek. med. Paweł Zienkiewicz
26. lek. med. Józef Matuszewski
27. lek. med. Aleksandra Białonowicz
28. lek. med. Leszek Wójtowicz
29. lek. med. Krzysztof Kozak
30. lek. med. Roman Pałka
31. lek. med. Marek Makowski
32. lek. med. Maksymilian Mikee
33. lek. med. Regina Wasilewska-Kita
34. lek. stom. Aleksandra Zapolska-Kwiatkowska
35. lek. stom. Aldona Bojba
36. lek. med. Andrzej Gorzka
37. lek. med. Wiesław Kupiński
38. lek. med. Marek Wichrowski
39. lek. Med. Jerzy Romanowski
40. lek. Med. Zdzisław Bańkiewicz
41. mgr Danuta Śliwa

- 42. mgr Jolanta Podolak
- 43. mgr Mariola Brodecka
- 44. mgr Krystyna Pieczyńska
- 45. mgr Ewa Świętochowska
- 46. mgr Jan Rosół
- 47. mgr Teresa Włochal
- 48. mgr Janina Kmetyk

Zespół redagujący w Departamencie Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu
Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego:

- 1. lek. med. Mariusz Holicki
- 2. lek. med. Anatol Królikowski
- 3. mgr Halina Borowiak
- 4. mgr Karolina Honkisz
- 5. mgr Monika Skrobiranda
- 6. mgr Grażyna Strzelecka
- 7. mgr Irena Wawreszuk
- 8. mgr Maria Wesołowska