

---

**Urząd Marszałkowski  
Województwa Zachodniopomorskiego**



**Kierunki rozwoju opieki zdrowotnej  
w zakresie położnictwa i ginekologii  
w województwie zachodniopomorskim  
na lata 2008 - 2013**

**Szczecin, 18 grudnia 2007 r.**

---

## SPIS TREŚCI

<b>I. WPROWADZENIE</b> .....	3
1. Przedmiot i zadania programu .....	3
2. Podstawy informacyjne i metodyka opracowania .....	4
<b>II. CZĘŚĆ DIAGNOSTYCZNA</b> .....	6
1. Sytuacja demograficzna .....	6
2. Sytuacja zdrowotna kobiet .....	8
3. Zasoby opieki zdrowotnej .....	12
3.1. Podstawowa opieka zdrowotna .....	12
3.2. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna .....	12
3.3. Stacjonarna opieka zdrowotna .....	16
3.4. Zasoby kadrowe .....	21
4. Wnioski wynikające z części diagnostycznej .....	25
<b>III. CZĘŚĆ PLANISTYCZNA</b> .....	26
1. Potrzeby zdrowotne .....	26
2. Cel i zadanie strategiczne .....	26
3. Cele operacyjne .....	27
4. Zadania, kryteria i wymagania .....	28
4.1. Podstawowa opieka zdrowotna .....	28
4.2. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna .....	30
4.3. Stacjonarna opieka zdrowotna .....	31
4.3.1. Profil podstawowy – I poziom referencyjny .....	32
4.3.2. Profil rozszerzony – II poziom referencyjny .....	34
4.3.3. Profil wysokospecjalistyczny – III poziom referencyjny .....	36
<b>Załączniki:</b>	
1. Wykaz osób i instytucji, wśród których przeprowadzono konsultacje społeczne projektu „kierunki rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie położnictwa i ginekologii na lata 2008-2013”	38
2. Uwagi i propozycje do projektu „kierunki rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie położnictwa i ginekologii na lata 2008-2013” zgłoszone podczas konsultacji społecznych	39
LITERATURA .....	41

## **I. WPROWADZENIE**

### **1. Przedmiot i zadania Strategii**

„Kierunki rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie położnictwa i ginekologii na lata 2008-2013” stanowią uzupełnienie „Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego” przyjętej przez Sejmik Województwa Zachodniopomorskiego uchwałą Nr XXIV/226/2001 z dnia 28 września 2001 r.

Potrzeba wprowadzania aktualizacji i dostosowanie systemu ochrony zdrowia wynika z ciągłego kształtowania się organizacyjnych rozwiązań w opiece zdrowotnej związanych z zachodzącymi zmianami demograficznymi, epidemiologicznymi, postępowaniem technologii medycznych i dążeniem do efektywności ekonomicznej systemu. Nowe potrzeby zdrowotne i społeczne wymagają aktualizowania priorytetów i kierunków rozwoju opieki zdrowotnej.

Uznano, że najpilniejszą potrzebą jest rozbudowa zasadniczych części „Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego” w zakresie zabezpieczenia opieki zdrowotnej w czterech podstawowych dziedzinach, tj w zakresie opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, w zakresie położnictwa i ginekologii, chirurgii ogólnej oraz w zakresie opieki internistycznej.

W drugiej połowie 2006 r. została opracowana „Strategia opieki zdrowotnej w zakresie neonatologii i pediatrii w województwie zachodniopomorskim na lata 2007 – 2013”, przyjęta przez Sejmik Województwa Zachodniopomorskiego Uchwałą Nr III/20/07 z dnia 27 lutego 2007 r.

Następnym zaplanowanym opracowaniem są właśnie „Kierunki rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie położnictwa i ginekologii w województwie zachodniopomorskim na lata 2008-2013”. Uzasadnieniem dla wyboru w dalszej kolejności opracowania programu zdrowotnego w zakresie opieki położniczo-ginekologicznej jest fakt, że kobiety stanowią średnio 1/3 ogółu populacji i mają swój ważny udział i wpływ na zdrowie własne, zdrowie dzieci, rozwój rodziny i prokreację, a opieka nad matką i dzieckiem jest od lat jednym z priorytetów Światowej Organizacji Zdrowia.

System opieki zdrowotnej w tym opieka zdrowotna ginekologiczno-położnicza w województwie zachodniopomorskim wymaga dostosowania do obecnych i oczekiwanych potrzeb zdrowotnych oraz aktualizacji priorytetów i kierunków dalszego rozwoju na poszczególnych poziomach, tj. na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego.

Na terenie województwa zachodniopomorskiego zauważa się nadmierne rozproszenie i nierównomierne rozmieszczenie usług ginekologiczno-położniczych i personelu medycznego oraz zbyt niski wskaźnik wykorzystania oddziałów. Sieć oddziałów ginekologiczno-położniczych powinna uwzględniać potrzeby populacji, liczbę mieszkańców, możliwości transportu oraz dostęp do bazy diagnostyczno-terapeutycznej i jednostek wysokospecjalistycznych z uwzględnieniem zasobów wysokospecjalistycznej kadry medycznej.

## **2. Podstawy informacyjne i metodyka opracowania**

Przy opracowywaniu „Kierunków rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie położnictwa i ginekologii w województwie Zachodniopomorskim na lata 2007 -2013” wykorzystano dostępne dane statystyczne i epidemiologiczne oraz badania i opracowania statystyczne Głównego Urzędu Statystycznego i Urzędu Statystycznego w Szczecinie oraz informacje Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia w Szczecinie i dane Szpitali Wojskowych ze Szczecina i Wałcza. Do określenia celów i priorytetów wykorzystano programy i dokumenty Światowej Organizacji Zdrowia, Rządu RP i Ministerstwa Zdrowia oraz programy strategiczne wojewódzkie.

Zagadnienia stanu zdrowia kobiet, szczególnie zdrowie matek należy do priorytetów Światowej Organizacji Zdrowia w regionie europejskim, co zostało wyrażone w programie „Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku”.

„Kierunki rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie położnictwa i ginekologii województwa zachodniopomorskiego na lata 2008-2013” znajdują swoje oparcie w „Strategii rozwoju ochrony zdrowia w Polsce 2007-2013”, której celami strategicznymi są:

- Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa.
- Poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.
- Dostosowanie opieki zdrowotnej do dynamiki długookresowych trendów demograficznych.
- Poprawa stanu zdrowia społeczeństwa polskiego w stopniu zmniejszającym dystans istniejący pomiędzy Polską i średnim poziomem stanu zdrowia w Unii Europejskiej.

„Kierunki rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie położnictwa i ginekologii w województwie zachodniopomorskim na lata 2008-2013” wpisuje się w:

- „Narodowy Plan Zdrowotny na lata 2004-2013”, którego jednym z celów szczegółowych jest poprawa opieki medycznej w związku z ciążą, porodem i położeniem oraz zmniejszenie zachorowalności na nowotwory piersi, szyjki macicy i jajnika.
- „Strategię rozwoju województwa zachodniopomorskiego do roku 2020”, gdzie zwiększenie roli kobiet w życiu zawodowym i zdrowotnym jest wymienione jako jedno ze znaczących działań warunkujących utrzymanie spójności i równowagi społecznej.

„Strategia sektorowa w zakresie ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego” przyjęta przez Sejmik województwa Zachodniopomorskiego w 2001 r. określiła kierunki strategiczne dla poszczególnych dziedzin medycznych, w tym dla opieki ginekologiczno-położniczej. Ówczesna analiza struktury i działalności oddziałów położniczo-ginekologicznych z uwzględnieniem wskaźnika kierunkowego (6 łóżek/10tys. ludności) i trendów epidemiologicznych wskazywała na konieczność:

- zmniejszenia liczby łóżek o co najmniej 17,3%, czyli z 1258 do 1045 łóżek,
- poprawienia wskaźnika wykorzystania łóżek do 85%,
- tworzenia ginekologii „jednego dnia”,
- leczenia chorób onkologicznych narządów płciowych w oddziałach ginekologicznych.

W dokumencie „Wojewódzki Plan Zdrowotny dla Województwa Zachodniopomorskiego na 2005 rok” przygotowanym przez Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego na potrzeby opracowania planu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ, została określona **potrzeba restrukturyzacji oddziałów położniczo-ginekologicznych** zgodnie z prognozami demograficznymi i zjawiskiem migracji kobiet rodzących do innych szpitali.

Realizując zadania z zakresu promocji i ochrony zdrowia przypisane samorządowi województwa oraz wdrażając założenia „Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego”, **Zarządzeniem Marszałka Województwa Nr 62/07 z dnia 21 czerwca 2007 r. powołano Zespół ds. do opracowania programu pn. „Strategia opieki zdrowotnej w zakresie położnictwa i ginekologii województwa zachodniopomorskiego na lata 2008-2013”.**

W skład Zespołu weszły następujące osoby:

1. Marcin Zydorowicz – Dyrektor Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Zachodniopomorskiego, przewodniczący Zespołu
2. Zbigniew Celewicz – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Położnictwa i Ginekologii, wiceprzewodniczący Zespołu
3. Dariusz Lewiński – Dyrektor Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia
4. Franciszka Siadkowska – Naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia
5. Izabela Rzepka-Górska – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Ginekologii Onkologicznej
6. Henryk Dziecielski – Ordynator Oddziału Położniczo-Ginekologicznego Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie

Zespołowi zostało powierzone zadanie ustalenia i wytyczenia kierunków polityki zdrowotnej w zakresie zabezpieczenia właściwej dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie położnictwa i ginekologii dla populacji kobiet województwa w zakresie opieki podstawowej, opieki ambulatoryjnej specjalistycznej i opieki stacjonarnej.

Program, na każdym etapie opracowania przez Biuro Ochrony Zdrowia Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej, był opiniowany przez Zespół.

Praca Zespołu została zakończona wraz z ostatecznym opracowaniem projektu „Kierunków rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie położnictwa i ginekologii w województwie zachodniopomorskim na lata 2008-2013”, który poddano konsultacjom wśród osób i instytucji odpowiedzialnych za organizację opieki zdrowotnej. Opracowanie przedłożono następnie do akceptacji Zarządu Województwa Zachodniopomorskiego i Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego celem ostatecznego przyjęcia w drodze uchwały.

## **Strukturę dokumentu stanowią dwie zasadnicze części:**

### **CZĘŚĆ DIAGNOSTYCZNA obejmująca:**

- opis aktualnej sytuacji demograficznej i zdrowotnej kobiet,
- najważniejsze zagrożenia zdrowotne,
- opis posiadanej bazy diagnostyczno-terapeutycznej w oddziałach położniczo-ginekologicznych i specjalistycznej opiece ambulatoryjnej,
- zasoby kadrowe.

### **CZĘŚĆ PLANISTYCZNA określająca:**

- aktualne potrzeby zdrowotne,
- priorytety, cele strategiczne i operacyjne,
- planowane i docelowe wskaźniki,
- kierunki działań i zadania,
- kryteria i wymagania.

Opracowany dokument będzie stanowić swego rodzaju wytyczną do sporządzania planów zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych dla województwa zachodniopomorskiego określanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz wskazówką do podejmowania decyzji przez organizatorów ochrony zdrowia i zarządzających jednostkami opieki zdrowotnej.

## **II. CZĘŚĆ DIAGNOSTYCZNA**

### **1. Sytuacja demograficzna**

Procesy demograficzne mają zasadniczy wpływ na programowanie dalszego rozwoju ochrony zdrowia. Podstawowymi obserwowanymi od kilku lat trendami demograficznymi w Polsce jest: zmniejszenie liczby ludności, zmniejszenie liczby urodzeń i wyraźna przewaga zgonów nad urodzeniami, a także zdecydowany wzrost liczby osób starszych ze stopniowym wydłużeniem długości życia. Wzrost liczby rozwodów i separacji oraz zmniejszająca się liczba zawieranych małżeństw są także swego rodzaju problemami społecznymi mającymi przełożenie na sytuację zdrowotną.

Kobiety stanowią ponad połowę ogółu populacji. W 2005 r. w Polsce na 100 mężczyzn przypadało 107 kobiet, w województwie zachodniopomorskim 105. W województwie zachodniopomorskim kobiety stanowiły 51% populacji. Znaczna nadwyżka liczebna kobiet nad mężczyznami występuje w grupie wiekowej 40-44 lata i od tego wieku gwałtownie rośnie. W grupie wiekowej 65 lat na 100 mężczyzn przypada aż 160 kobiet.

Od 2001 r. obserwuje się spadek liczby kobiet w wieku rozrodczym (15-49 r.ż.). w Polsce w 2005 r. roczny ubytek wynosił ponad 65 tys. kobiet w porównaniu do poprzedniego roku. W województwie zachodniopomorskim w 2005 r. **liczba kobiet w wieku rozrodczym wynosiła 440 137**, co stanowiło około połowy stanu wszystkich kobiet.

**Tab. 1. Ludność województwa zachodniopomorskiego w 2005 r. wg powiatów**

Lp	Powiaty	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	w tym kobiety w wieku rozrodczym (15-49 lat)
1	Miasto Koszalin	107 886	51 426	<b>56 460</b>	<b>27 917</b>
2	Miasto Szczecin	411 119	195 433	<b>215 686</b>	<b>107 290</b>
3	Miasto Świnoujście	40 933	19 928	<b>21 005</b>	<b>10 234</b>
4	Białogard	48 273	23 619	<b>24 654</b>	<b>12 365</b>
5	Choszczno	50 149	24 935	<b>25 214</b>	<b>12 693</b>
6	Drawsko Pom.	58 246	28 545	<b>29 701</b>	<b>14 982</b>
7	Goleniów	78 584	38 668	<b>39 916</b>	<b>20 362</b>
8	Gryfice	60 826	29 966	<b>30 860</b>	<b>15 576</b>
9	Gryfino	82 819	41 109	<b>41 710</b>	<b>21 634</b>
10	Kamień Pom.	47 684	23 351	<b>24 333</b>	<b>12 324</b>
11	Kołobrzeg	76 020	36 577	<b>39 443</b>	<b>20 031</b>
12	Koszalin	63 968	31 776	<b>32 192</b>	<b>16 934</b>
13	Łobez	38 330	18 899	<b>19 431</b>	<b>9 543</b>
14	Myślibórz	67 538	33 245	<b>34 293</b>	<b>17 504</b>
15	Police	63 462	31 388	<b>32 074</b>	<b>18 107</b>
16	Pyrzyce	40 001	19 889	<b>20 112</b>	<b>10 010</b>
17	Sławno	57 727	28 339	<b>29 388</b>	<b>14 791</b>
18	Stargard	119 460	58 470	<b>60 990</b>	<b>31 290</b>
19	Szczecinek	77 322	37 747	<b>39 575</b>	<b>19 693</b>
20	Świdwin	49 052	24 097	<b>24 955</b>	<b>12 591</b>
21	Wałcz	54 779	26 668	<b>28 111</b>	<b>14 266</b>
	<b>Województwo</b>	<b>1 694 178</b>	<b>824 075</b>	<b>870 103</b>	<b>440 137</b>

Źródło: GUS

Zjawiskiem ogólnopolskim jest spadek ogólnej liczby ludności. W województwie zachodniopomorskim od 2000 r. liczba ludności zmniejszyła się o ok. 38 tys.

W 2005 r. odnotowano w Polsce ujemny przyrost naturalny o wartości -0,6, w województwie zachodniopomorskim był on dodatni i wynosił 0,5. Liczba urodzeń w województwie spadła z 16 929 urodzeń w 1999 r. do 16 108 urodzeń w 2005 r. z niewielkim wzrostem w 2006 r. z liczbą 16 411 urodzeń. Współczynnik dzietności w 2005 r. wynosił 1,24 w Polsce i 1,23 w województwie zachodniopomorskim. Należy przy tym podkreślić, że najbardziej korzystną sytuację demograficzną

określa współczynnik dzietności kształtujący się na poziomie 2,1, kiedy to na jedną kobietę w wieku 15-49 lat przypada średnio dwoje dzieci.

Przeobrażenia demograficzne i społeczne powodują przesunięcie najwyższej płodności kobiet z grupy wieku 20-24 lata do grupy 25-29 lat. Przeciętny wiek kobiet, które w 2005 r. urodziły dziecko to 27,4 lat. Należy przy tym uwzględnić poziom wykształcenia kobiet, który uważa się za jeden z głównych czynników spadku płodności. Od lat 90-tych ponad czterokrotnie wzrósł odsetek matek z wykształceniem wyższym tj. z 6% do 26%, natomiast istotnie zmniejszył się odsetek kobiet z wykształceniem podstawowym i bez wykształcenia.

Analiza współczynników płodności kobiet, określanych poprzez liczbę urodzeń żywych na 1 000 kobiet w poszczególnych kategoriach wiekowych w ostatnich latach, wykazała następujące zmiany:

- prawie dwukrotny wzrost współczynnika urodzeń w grupie kobiet 15 -19 letnich,
- coraz mniejszą liczbę urodzeń wśród kobiet pomiędzy 20 a 34 rokiem życia.

Zdaniem demografów główną przyczyną spadku przyrostu naturalnego jest wzrost tempa zatrudnienia kobiet. Zbliżanie się przyrostu naturalnego do wartości ujemnych może jednak w konsekwencji doprowadzić do zmniejszenia liczby mieszkańców województwa, na co wskazują „Podstawowe tendencje w rozwoju demograficznym województwa zachodniopomorskiego wraz z nową prognozą ludności na lata 2003-2030” opracowane przez Urząd Statystyczny w Szczecinie.

Przyjmuje się, że obecnie obserwowany wzrost liczby urodzeń jest zjawiskiem tymczasowym, które prawdopodobnie będzie się utrzymywało przez 3 lata.

## **2. Sytuacja zdrowotna kobiet**

Sytuację zdrowotną kobiet można ocenić m.in. na podstawie danych statystycznych dotyczących zachorowań i przyczyn zgonów GUS oraz przy pomocy opracowania statystycznego GUS pt. „Stan zdrowia ludności Polski w przekroju terytorialnym w 2004 r.”, które jest przeprowadzane w Polsce, co kilka lat.

Według ostatnich badań, przeprowadzonych w 2004 r. przez GUS, swoje **zdrowie poniżej stanu dobrego** oceniło:

- 41,5% kobiet w Polsce,
- 39,1% kobiet w województwie zachodniopomorskim.

Kobiety gorzej oceniają swój stan zdrowia w porównaniu z mężczyznami. W województwie zachodniopomorskim różnica ta wynosi 8 punktów procentowych na niekorzyść kobiet i jest jedną z większych w kraju.

Stan zdrowia ludności Polski po 1991 r. ulega systematycznej poprawie, ale wg analiz Biura Regionalnego WHO w Kopenhadze, nadal jest gorszy niż stan zdrowia mieszkańców Unii Europejskiej. Zbyt wiele kobiet umiera w wieku największej aktywności społeczno-zawodowej tzn. w wieku 25-64 lata, jest to ok. 17% ogółu zmarłych kobiet. **Głównymi przyczynami zgonów w tej grupie wiekowej są nowotwory złośliwe i choroby układu krążenia.**

W ogólnej liczbie osób zmarłych ok. 47% stanowiły kobiety. Wśród kobiet, umieralność w wyniku chorób układu krążenia jest zdecydowanie wyższa, stanowi 53% ogólnej liczby zgonów kobiet, wśród

mężczyzn – 41 %. Niekorzystnym zjawiskiem w Polsce jest wzrost liczby zgonów powodowanych chorobami nowotworowymi, przy jednoczesnym wzroście liczby nowych zachorowań.

Dla porównania w 1990 r. nowotwory złośliwe były przyczyną 18,7% zgonów, a w 2005 r. stanowiły już 24,5% wszystkich przyczyn zgonów, w tym wśród kobiet prawie 23%. **W województwie zachodniopomorskim nowotwory są powodem aż 27,3% zgonów.**

Do wysokiego ryzyka należy zachorowanie na nowotwory piersi i szyjki macicy. Polska należy do krajów europejskich o najwyższym poziomie zachorowań i umieralności z powodu nowotworów złośliwych narządów płciowych.

Ogólna liczba zachorowań na nowotwory złośliwe wśród kobiet w województwie zachodniopomorskim wzrosła:

- z 2364 w 1999 r.
- do 2533 w 2004 r.

Natomiast **liczba zgonów z powodu nowotworów złośliwych narządów płciowych i piersi obniżyła się z 1271 do 1041**. Można domniemywać, iż spadek liczby zgonów może być związany z poprawą systemu wczesnego wykrywania nowotworów i zastosowaniem bardziej skutecznych, nowoczesnych metod leczenia. Sytuacja jest jednak nadal niepokojąca, ponieważ w 2004 r na liczbę 2533 zarejestrowanych nowych zachorowań na nowotwory wśród kobiet aż **56 % stanowiły nowotwory narządów płciowych i sutka**, a na liczbę 1041 zgonów wśród kobiet z powodu nowotworów, w **31% przyczyną były nowotwory narządów płciowych i piersi**.

**Tab. 2. Zachorowania i zgony na nowotwory narządów płciowych i piersi w 1999 i 2004 r.**

Nowotwór	Zachorowania				Zgony			
	1999		2004		1999		2004	
	Liczba	Wskaźnik na 100 tys.	Liczba	Wskaźnik na 100 tys.	Liczba	Wskaźnik na 100 tys.	Liczba	Wskaźnik na 100 tys.
Sutka	486	55,0	374	43,0	153	17,0	60	6,9
Szyjki macicy	225	25,0	524	60,2	113	13,0	53	6,1
Jajników	149	17,0	152	17,5	69	8,0	44	5,1
Trzonu Macicy	125	14,0	220	25,3	38	4,0	26	3,0

*Źródło: Informator statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 1999 i 2005 r., Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia*

Jak wynika z powyższych danych **liczba zachorowań na nowotwory sutka uległa obniżeniu z 486 przypadków w 1999 r do 374 w 2004 r.**, jednakże znaczny wzrost obserwuje się w zachorowaniach na nowotwory trzonu, szyjki macicy i jajnika.

Trudno jest obiektywnie ocenić rozmiar zachorowań na **choroby przenoszone drogą kontaktów seksualnych** z powodu słabej zgłaszalności stwierdzanych zakażeń i rozpoznanych chorób.

Obowiązkiem zgłaszania są objęte choroby zawarte w wykazie załączonym do ustawy z 6.09.2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz.U.Nr 126, poz. 1384). Spośród chorób przenoszonych drogą płciową są to:

- AIDS i zakażenia HIV,
- Kiła,
- Nierzeżączkowe zakażenia dolnych odcinków narządów moczowo-płciowych i inne chlamydiozy,
- Rzeżączka,
- Rzęsistkowica.

**Tab. 3. Liczba zgłoszonych zachorowań na choroby weneryczne w województwie zachodniopomorskim w 1999 i 2005 roku**

Rok	Kiła		Rzeżączka	
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
1999	31	18	37	2
2005	14	9	5	2

Źródło: Informator statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 1999 i 2005 r., Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia

Jak wskazują powyższe dane o zachorowaniach na choroby weneryczne liczba zgłoszonych przypadków zakażeń na kiłę i rzeżączkę w porównaniu do roku 1999 uległa znacznemu obniżeniu.

Odrębnym zagadnieniem jest **ocena stanu zdrowia kobiet ciężarnych i rodzących**. W ogólnie dostępnych materiałach statystycznych sytuacja zdrowotna kobiet w ciąży, wyrażona jest przede wszystkim wynikami ciąży (odsetkiem wcześniactwa oraz odsetkiem zgonów płodów i noworodków).

Według „Narodowego Planu Zdrowotnego na lata 2004 – 2013” sytuacja ta jest w Polsce zróżnicowana i wynika z odmiennej sytuacji materialnej, odmiennych zachowań, świadomości zdrowotnej oraz dostępności do usług zdrowotnych.

Większość zaburzeń i chorób okresu okołoporodowego następuje pod wpływem przyczyn mających swe źródła w przebiegu ciąży lub okresu poprzedzającego ciążę. Dotyczy to wcześniactwa i małej masy urodzeniowej noworodków.

Umieralność okołoporodowa w województwie zachodniopomorskim na przestrzeni ostatnich sześciu lat obniżyła się znacznie, z wysokości 10,3‰ w 1999 r. do 7,2‰ w 2005 r. Na liczbę 16 186 urodzeń w 2005 r. w województwie zachodniopomorskim było 78 urodzeń martwych, co stanowi 4,8‰. Noworodki o masie urodzeniowej poniżej 2500 g stanowiły 7,1% wszystkich urodzeń.

W pewnej mierze na bezpieczeństwo przebiegu porodu ma wpływ przebieg ciąży, systematyczne badania profilaktyczne w ciąży oraz racjonalne zastosowanie cięcia cesarskiego. Z analiz Instytutu Matki i Dziecka w 2005 roku wynika, że cesarskim cięciem było rozwiązanych 27,2 % ciąż w Polsce i 26,2% w województwie zachodniopomorskim.

U podłoża niekorzystnych zmian w zakresie częstości występowania patologii ciąży jest m.in. niska świadomość kobiet w zakresie potrzeby wczesnej opieki medycznej w czasie ciąży i nieraz niska

jakość wczesnej opieki medycznej na poziomie podstawowym, co w rezultacie prowadzi do niezidentyfikowanych i nieleczonych zaburzeń i chorób, np.: nieleczonych infekcji układu moczowo-płciowego, nadciśnienia, cukrzycy lub braku wczesnej diagnozy wad rozwojowych.

Poniższa tabela przedstawia analizę działalności poradni ginekologiczno-położniczych w 2005 r. Najniższe wskaźniki ciągłości opieki nad kobietą ciężarną odnotowano w powiatach: Gryfickim -1,0; Mieście Szczecinie - 2,3; Łobeskim – 2,6; Stargardzkim – 2,7. Najwyższe wskaźniki ciągłości opieki stwierdzono w powiatach: Polickim – 10,5; Drawskim – 10,4; Kamieńskim – 6,2. Wczesną opieką profilaktyczną było objętych do 3-go miesiąca ciąży 52%.

**Tab. 4. Opieka profilaktyczna nad kobietą ciężarną wg powiatów w 2005 roku**

Lp	Powiaty	Liczba porad udzielonych kobietom w ciąży ogółem	Liczba porad udzielonych po raz pierwszy		Wskaźnik wczesnego objęcia opieką kobiet w ciąży w %		Wskaźnik ciągłości opieki nad kobietą ciężarną
			do 3-go miesiąca ciąży	powyżej 3-go miesiąca ciąży	do 3-go miesiąca ciąży	powyżej 3-go miesiąca ciąży	
1	Miasto Koszalin	10 316	1 111	306	78,4	21,6	7,3
2	Miasto Szczecin	30 029	6 653	7 041	48,5	51,5	2,3
3	Miasto Świnoujście	1 854	216	418	34,1	65,9	2,9
4	Białogard	4 834	584	254	69,7	30,3	5,8
5	Choszczno	2 018	160	111	59	41	7,4
6	Drawsko Pom.	4 690	275	174	61,2	38,8	10,4
7	Goleniów	3 431	769	339	69,4	30,6	3,1
8	Gryfice	5 460	2 763	2 544	52,1	47,9	1
9	Gryfino	2 835	369	550	40,2	59,8	3,1
10	Kamień Pom.	1 949	202	112	64,3	35,7	6,2
11	Kołobrzeg	2 905	306	255	54,5	45,5	5,2
12	Koszalin	3 705	302	469	39,2	60,8	4,8
13	Łobez	926	260	101	72	28	2,6
14	Myślibórz	5 161	608	301	66,9	33,1	5,7
15	Police	2 412	184	45	80,3	19,7	10,5
16	Pyrzyce	2 559	269	255	51,3	48,7	4,9
17	Sławno	5 902	980	1025	48,9	51,1	2,9
18	Stargard	3 416	493	794	38,3	61,7	2,7
19	Szczecinek	5 154	694	920	43	57	3,2
20	Świdwin	2425	382	328	53,8	46,2	3,4
21	Wałcz	4525	954	869	56,8	43,2	5,3
	<b>Województwo</b>	<b>106 506</b>	<b>18 534</b>	<b>17 211</b>	<b>52</b>	<b>48</b>	<b>3,1</b>

Źródło: Informator statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2005 r., Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia ; Informacje Szpitali Wojskowych.

Powyższe liczby nie odzwierciedlają pełnej sytuacji w zakresie poradnictwa profilaktycznego kobiet w ciąży ze względu na dużą liczbę kobiet objętych opieką przez prywatne gabinety lekarskie, których działalność nie jest odnotowana w publicznej statystyce. Jednakże z powyższej analizy wynika, że na ogólną liczbę porad udzielonych kobietom w ciąży, 33,5% było udzielonych po raz pierwszy. Spośród 35 745 pacjentek, 52% kobiet zgłosiło się po raz pierwszy do trzeciego miesiąca ciąży, 48% powyżej trzeciego miesiąca ciąży.

### **3. Zasoby opieki zdrowotnej**

#### **3.1. Podstawowa opieka zdrowotna (POZ)**

W podstawowej opiece zdrowotnej opieka zdrowotna nad kobietą w pewnym, ustalonym przepisami prawnymi, zakresie jest zadaniem lekarza rodzinnego i położnej środowiskowej.

**Lekarz POZ** planuje i realizuje opiekę lekarską w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej*. Opieka ta dotyczy całej populacji niezależnie od wieku i płci populacji zadeklarowanej do danego lekarza. Wymagany zakres działań ma na celu: zachowanie zdrowia, rozpoznanie i leczenie chorób. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej w ramach udzielanych świadczeń zdrowotnych nie realizuje świadczeń ginekologiczno-położniczych, jedynie współpracuje tym zakresie z położną podstawowej opieki zdrowotnej.

**Położna POZ** realizuje kompleksową pielęgnacyjną opiekę położniczo-neonatologiczno-ginekologiczną obejmującą:

- edukację w zakresie planowania rodziny,
- opiekę w okresie ciąży, porodu i porożu,
- opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia drugiego miesiąca życia,
- opiekę w chorobach ginekologicznych,
- opiekę nad kobietą w każdym okresie jej życia.

Na terenie województwa zachodniopomorskiego w 2006 roku w POZ było zatrudnionych **251 położnych** w tym **209 położnych środowiskowych**. Na jedną położną przypada średnio 3466 kobiet, w tym **1 położna środowiskowa opiekuje się średnio 4163 kobietami**.

#### **3.2. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna**

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna ginekologiczno-położnicza jest zabezpieczona przez sieć poradni funkcjonujących w różnych formach: przy szpitalach, w strukturach publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz jako indywidualne i grupowe praktyki lekarskie.

Według statystyki medycznej w 2006 roku na terenie województwa funkcjonowało **245 poradni ginekologiczno-położniczych**, które udzieliły **743 924 porad**, co daje średni wskaźnik 0,90 porady na jedną kobietę w województwie. W ramach udzielonych porad wykonano **96 977 badań cytologicznych**.

**Tab. 5. Niektóre wskaźniki działalności poradni położniczo-ginekologicznych w województwie zachodniopomorskim w 2006 r. wg powiatów.**

Lp	Powiaty	Liczba poradni	Liczba porad	Liczba porad udzielonych kobietom w ciąży	Liczba badań cytologicznych
1	Miasto Koszalin	16	56 072	10 760	6 676
2	Miasto Szczecin	75	276 211	37 365	37 184
3	Miasto Świnoujście	8	22 841	3 011	3 440
4	Białogard	11	29 788	4 555	3 647
5	Choszczno	1	10 429	1 871	2 903
6	Drawsko Pom.	8	20 820	4 513	2 210
7	Goleniów	12	26 169	2 988	4 186
8	Gryfice	11	18 513	7 260	2 626
9	Gryfino	11	29 111	4 601	2 625
10	Kamień Pom.	8	8 275	2 674	623
11	Kołobrzeg	10	16 909	2 383	5 241
12	Koszalin	4	12 456	1 802	1 459
13	Łobez	8	21 985	5 573	1 036
14	Myślibórz	11	28 942	4 150	3 836
15	Police	4	16 307	3 505	1 999
16	Pyrzyce	8	18 436	3 322	1 736
17	Sławno	6	26 964	5 292	945
18	Stargard	12	33 969	3 677	3 896
19	Szczecinek	10	21 298	3 669	3 276
20	Świdwin	5	23 143	3 023	1 680
21	Wałcz	6	25 286	4 129	5 753
	<b>Województwo</b>	<b>245</b>	<b>743 924</b>	<b>120 123</b>	<b>96 977</b>

*Źródło: Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia w Szczecinie oraz 107 i 109 Szpitale Wojskowe*

W 2006 r. w poradniach ginekologiczno-położniczych województwa zachodniopomorskiego udzielono **120 122 porad kobietom w ciąży**, co stanowi **16%** wszystkich porad udzielonych w poradniach położniczo-ginekologicznych. W 2005 r. liczba porad była niższa, wynosiła 106 506, z czego 18 534, czyli 52% porad udzielono po raz pierwszy do trzeciego miesiąca ciąży.

Wiadomym jest, iż przebieg ciąży rzutuje zarówno na zdrowie dziecka jak też dalsze zdrowie matki. Na podstawie danych statystycznych stwierdzić można niewystarczające korzystanie pewnej grupy kobiet w ciąży z wczesnej opieki medycznej, co może prowadzić do niezidentyfikowanych i nieleczonych zaburzeń i chorób, ale fakt ten nie wynika z braku dostępności do opieki położniczo-ginekologicznej, lecz raczej ze samodyscypliny i świadomości prozdrowotnej kobiet.

Zachodniopomorski Oddział Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2006 r. zakontraktował świadczenia poradni ginekologiczno-położniczej na terenie wszystkich powiatów z **126 jednostkami opieki zdrowotnej**, w tym **71,4%** tych podmiotów stanowiły **jednostki niepubliczne**.

**Tab. 6. Świadczenia poradni położniczo-ginekologicznych zrealizowane w ramach kontraktowania ZOW NFZ w 2006 r.**

Lp	Powiaty	Podmioty Publiczne	Podmioty Niepubliczne	Liczba punktów wykonanych	Liczba punktów na 1 kobietę
1	Miasto Koszalin	2	2	169 048	<b>3,0</b>
2	Miasto Szczecin	10	24	826 178	<b>3,8</b>
3	Miasto Świnoujście	2	2	73 404	<b>3,5</b>
4	Białogard	0	5	115 101	<b>4,7</b>
5	Choszczno	1	0	35 311	<b>1,4</b>
6	Drawsko Pom.	1	5	74 253	<b>2,5</b>
7	Goleniów	0	4	73 412	<b>1,8</b>
8	Gryfice	1	1	39 379	<b>1,3</b>
9	Gryfino	1	5	92 739	<b>2,2</b>
10	Kamień Pom.	1	3	25 440	<b>1,0</b>
11	Kołobrzeg	2	3	87 920	<b>2,2</b>
12	Koszalin	1	4	56 136	<b>1,7</b>
13	Łobez	0	2	86 672	<b>4,5</b>
14	Myślibórz	1	4	103 251	<b>3,0</b>
15	Police	1	4	70 699	<b>2,2</b>
16	Pyrzyce	1	2	47 776	<b>2,4</b>
17	Sławno	2	4	112 127	<b>3,8</b>
18	Stargard	3	2	133 795	<b>2,2</b>
19	Szczecinek	3	6	113 991	<b>2,9</b>
20	Świdwin	2	5	138 808	<b>5,6</b>
21	Wałcz	1	3	78 004	<b>2,8</b>
	<b>Województwo</b>	<b>36</b>	<b>90</b>	<b>2 553 444</b>	<b>2,9</b>

Źródło: Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Jak wynika z powyższej analizy, nasycenie świadczeniami poradni ginekologiczno-położniczej na terenie województwa zachodniopomorskiego jest nierównomierne.

**Największa liczba zrealizowanych punktów na jedną kobietę** przypadła w 2006 r. w:

- Powiecie Świdwińskim – 5,6
- Powiecie Białogardzkim – 4,7
- Powiecie Łobeskim – 4,5

**Najmniejsza liczba zrealizowanych punktów** w poradniach ginekologiczno-położniczych w przeliczeniu na jedną kobietę w 2006 r. było w:

- Powiecie Kamieńskim – 1,0
- Powiecie Gryfickim – 1,3
- Powiecie Choszczeńskim – 1,4

Zachodniopomorski Oddział Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zakontaktował w 2006 r. świadczenia zdrowotne w rodzaju **profilaktyczne programy zdrowotne z 97 świadczeniodawcami**. Najwięcej środków przeznaczono na profilaktykę raka piersi i szyjki macicy w etapie podstawowym.

**Program profilaktyki raka piersi** w etapie podstawowym realizowało 17 świadczeniodawców w 10 powiatach: Choszczeńskim, Goleniowskim, Gryfickim, Kołobrzskim, Mieście Koszalinie, Polickim, Stargardzkim, Mieście Szczecinie i Świdwińskim. **Wykonano 75,8%** wartości zakontaktowanych świadczeń, co stanowi 30 367 świadczeń o wartości 1 627 744,50 zł.

**Program profilaktyki raka szyjki macicy** w etapie podstawowym w 2006 r. był wykonywany przez 69 świadczeniodawców na terenie wszystkich powiatów. **Wykorzystano 44,3%** wartości przewidzianej do realizacji, tj. wykonano 27 425 świadczeń o wartości 398 753,20 zł. Poniższe zestawienie tabelaryczne wskazuje na niewykorzystanie 31,5% środków finansowych przeznaczonych na programy profilaktyczne.

**Tab. 7. Profilaktyczne programy zdrowotne zakontaktowane przez ZOW NFZ w 2006 r.**

Rodzaj programu	Podmiot publiczny	Podmiot niepubliczny	Wartość zakontaktowana	Wartość zrealizowana
Program badań prenatalnych	1		529 112,00	529 112,00
Program profilaktyki raka piersi-etap podstawowy	12	5	2 146 917,00	1 627 744,50
Program profilaktyki raka piersi-pogłębionej diagnostyki	5		210 232,00	143 360,00
Program profilaktyki raka szyjki-etap diagnostyczny	1	2	824 802,00	517 390,00
Program Profilaktyki raka szyjki-etap podstawowy	26	43	899 880,10	398 753,20
Program profilaktyki raka szyjki-etap pogłębionej diagnostyki	1	1	113 960,00	20 280,00
<b>Łącznie</b>	<b>46</b>	<b>51</b>	<b>4 724 903,10</b>	<b>3 236 639,70</b>

Źródło: Zachodniopomorski Oddział Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Niepokojącym zjawiskiem jest stosunkowo niskie wykorzystanie środków przeznaczonych na profilaktykę raka piersi i szyjki macicy. Łącznie **na wykonanie wszystkich procedur profilaktycznych wydatkowano 68,5%** środków finansowych przeznaczonych na ten cel. Dużą rolę w informowaniu i zachęcaniu kobiet do odbycia badań profilaktycznych winny odgrywać lekarze ginekolodzy, lekarze rodzinni i położne środowiskowe. Należałoby także wprowadzić bardziej skuteczne i dostępne metody przeprowadzania badań profilaktycznych, np. zorganizowane formy w środowisku pracy kobiet, w środowiskach wiejskich.

### 3.3. Stacjonarna opieka zdrowotna

W województwie zachodniopomorskim szpitalną opiekę ginekologiczno-położniczą w 2006 r. zapewniały oddziały zlokalizowane na terenie 20 powiatów. Tylko Powiat Łobeski nie posiadał oddziału ginekologiczno-położniczego. Mieszkancki tego powiatu korzystały ze stacjonarnej opieki ginekologicznej w szpitalach sąsiednich powiatów. W mieście Szczecinie znajdowało się sześć oddziałów ginekologiczno-położniczych, a po dwa oddziały ginekologiczno-położnicze miały powiaty: Goleniowski, Myśliborski i Wałecki.

Szpitalne posiadające w swojej strukturze oddziały ginekologiczno-położnicze podlegają siedmiu różnym organom założycielskim. Są to:

- Samorząd województwa – 4
- Samorządy powiatowe – 16
- Samorząd gminny – 1
- Miasta na prawach powiatu – 4
- Pomorska Akademia Medyczna – 4
- Resorty MON i MSWiA – 3
- Spółka akcyjna – 1

Łącznie w 2005 r. w województwie funkcjonowały **33 oddziały ginekologiczno-położnicze**.

**Tab. 8. Ogólne porównawcze wskaźniki działalności oddziałów położniczo-ginekologicznych w roku 1999 i 2006 w województwie zachodniopomorskim**

Rok	Liczba ludności	Liczba łóżek	Wskaźnik łóżek na 10 tys. ludności	Liczba leczonych	Średnie wykorzystanie łóżek	Średni czas pobytu
1999	1 732 838	1 258	7,3	47 408	58,3%	7,3
2006	1 692 838	985	5,9	52 137	51,7%	3,6

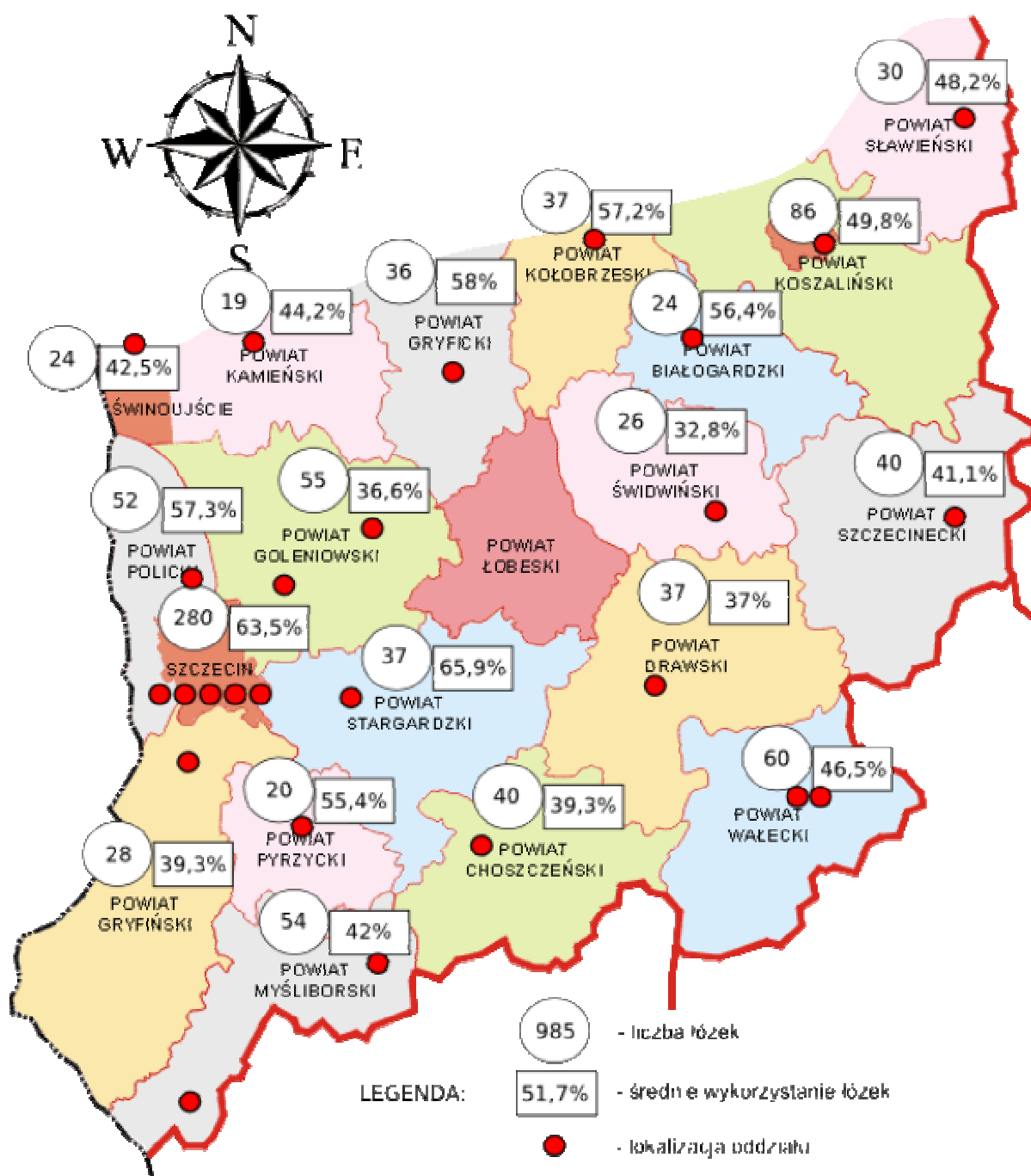
*Źródło: Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia w Szczecinie oraz 107 i 109 Szpitale Wojaskowe*

Liczba łóżek w oddziałach położniczo-ginekologicznych w ostatnich latach ma tendencję malejącą. W okresie od 1999 roku liczba łóżek zmniejszyła się z 1258 do 998, czyli o **260 łóżek**. **Wskaźnik łóżek na 10 tys. ludności uległ zmniejszeniu z 7,3 do 5,9 łóżek**.

Jest to zgodne z założeniami Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia województwa z 2001 r. i wskaźnikiem kierunkowym Ministerstwa Zdrowia. Uzasadnieniem dla planowania zmniejszania liczby łóżek ginekologiczno-położniczych był niski wskaźnik ich wykorzystania i prognozowany wówczas spadek liczby urodzeń.

Mimo podjętych wysiłków skierowanych na poprawę efektywności działalności oddziałów i zmniejszenie liczby łóżek, wskaźniki wykorzystania łóżek w oddziałach położniczo-ginekologicznych nie uległy poprawie.

Mapa 1. Rozmieszczenie i działalność oddziałów położniczo-ginekologicznych na terenie województwa zachodniopomorskiego w 2006 r.



**Tab. 9. Wskaźniki działalności oddziałów położniczo-ginekologicznych w województwie zachodniopomorskim wg powiatów** (stan na koniec 2006 r.)

Lp	Powiaty	Liczba łóżek	Wskaźnik łóżek na 10 tys. ludności	Wskaźnik łóżek na 10 tys. kobiet	Liczba leczonych	Średnie wykorzystanie łóżek w %	Liczba stanowisk porodowych	Liczba porodów	Średni czas pobytu
1	Koszalin*	86	5,0	9,7	5 230	<b>49,8</b>	7	1 582	3,0
2	Szczecin	280	6,8	13,0	17 470	<b>63,5</b>	16	4 523	3,9
3	Świnoujście	24	5,8	11,4	1 039	<b>42,5</b>	2	354	3,6
4	Białogard	24	5,0	8,9	1 756	<b>56,4</b>	3	658	2,8
5	Choszczno	40	8,0	16,0	1 633	<b>39,3</b>	2	436	3,5
6	Drawsko Pom	37	6,4	12,3	1 219	<b>37,0</b>	2	560	4,1
7	Goleniów	55	7,0	13,7	1 861	<b>36,6</b>	6	710	3,9
8	Gryfice**	36	3,6	7,2	1 997	<b>58,0</b>	3	799	3,8
9	Gryfino	28	3,4	6,7	1 383	<b>39,3</b>	2	362	2,9
10	Kamień Pom	19	3,9	7,9	1 071	<b>44,2</b>	1	279	2,9
11	Kołobrzeg	37	4,9	9,5	1 909	<b>57,2</b>	3	658	4,0
12	Myślibórz	54	8,0	15,9	2 050	<b>42,0</b>	5	819	4,0
13	Police	52	8,2	16,2	3 483	<b>57,3</b>	4	745	3,1
14	Pyrzyce	20	5,0	10,0	1 031	<b>55,4</b>	3	350	3,9
15	Sławno	30	5,2	10,3	1 418	<b>48,2</b>	3	596	3,7
16	Stargard	37	3,1	6,1	2 464	<b>65,9</b>	3	953	3,6
17	Szczecinek	40	5,2	10,2	1 776	<b>41,1</b>	4	850	3,4
18	Świdwin	26	5,3	10,4	973	<b>32,8</b>	2	284	3,2
19	Wałcz	60	10,9	21,4	2 374	<b>46,5</b>	7	678	4,0
	<b>Województwo</b>	<b>985</b>	<b>5,9</b>	<b>11,3</b>	<b>52 137</b>	<b>51,7</b>	<b>78</b>	<b>16 196</b>	<b>3,6</b>

Źródło: Dane Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia; Informacje Szpitali Wojskowych.

\* z powiatem Koszalińskim

\*\* z powiatem Łobeskim

Powyższe dane wykazują, iż nadal wykorzystanie łóżek w niektórych oddziałach położniczo-ginekologicznych jest bardzo niskie, **średnie wykorzystanie wynosi 51,7%**. Sytuacja ta, utrzymująca się od wielu lat wymaga dalszych rozstrzygnięć i decyzji restrukturyzacyjnych. Aż **w jedenastu powiatach wykorzystanie łóżek nie osiąga 50%**, a wykorzystanie łóżek na poziomie powyżej 60% stwierdza się tylko w mieście Szczecinie i powiecie Stargardzkim.

Wskaźnik łóżek na 10 tys. ludności w oddziałach ginekologiczno-położniczych w województwie zachodniopomorskim w 2006 r. wynosił 5,9 i był mniejszy od wskaźnika kierunkowego - 6 łóżek/10 tys. ludności, przyjętego przy opracowywaniu Strategii sektorowej w ochronie zdrowia w 2001 r.

Rozmieszczenie łóżek w 2006 r. w poszczególnych powiatach było nierównomierne.

**Największy wskaźnik łóżek** na 10 tys. mieszkańców był w :

- Powiecie Wałeckim -10,9
- Powiecie Myśliborskim - 8,0
- Powiecie Goleniowskim - 7,0

**Najniższy wskaźnik łóżek** na 10 tys. mieszkańców jest w:

- Powiecie Stargardzkim - 3,1
- Powiecie Gryfińskim - 3,4
- Powiecie Gryfickim\* - 3,6

\* w obliczeniu uwzględniono mieszkańców Powiatu Łobeskiego

Ministerstwo Zdrowia w lipcu 2007 r. opublikowało kolejne projekty dokumentów do tworzenia sieci szpitali w Polsce. Projekt ustawy o sieci szpitali zakłada określenie optymalnej liczby łóżek dla poszczególnych województw w 24 specjalnościach lekarskich. W przygotowywanych wytycznych do tworzenia sieci szpitali posłużono się wskaźnikiem liczby łóżek na 10 tys. kobiet.

W 2006 r. w województwie zachodniopomorskim wskaźnik ten, wg obliczeń własnych z uwzględnieniem szpitali resortowych, wynosił 11,3.

Natomiast w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie optymalnej liczby łóżek ustalono, że województwo zachodniopomorskie w 2005 roku posiadało 960 łóżek w oddziałach ginekologiczno-położniczych ze wskaźnikiem 10,9 łóżek na 10 tys. kobiet (przy obliczeniach nie uwzględniono łóżek resortowych). Przy projektowanym założeniu **obłożenia łóżek na poziomie optymalnym 80%**, wskaźnik powinien wynosić **w 2005 r. 7,2 łóżek na 10 tys. kobiet**, co daje liczbę **630 łóżek**. W **2012 r. przewiduje się, że optymalnym wskaźnikiem będzie 7,8 łóżek na 10 tys. kobiet** z liczbą **680 łóżek**.

W poniższej tabeli zamieszczono dane porównawcze dotyczące liczby i wskaźnika łóżek na 10 tys. ludności w oddziałach ginekologicznych w Polsce i województwie zachodniopomorskim bez łóżek resortowych.

**Tab. 10. Porównawcze wskaźniki działalności oddziałów położniczo-ginekologicznych w Polsce i województwie zachodniopomorskim w 2005 r. (bez szpitali resortowych)**

	Liczba łóżek	Wskaźnik łóżek na 10 tys. ludności	Wskaźnik łóżek na 10 tys. kobiet	Wykorzystanie łóżek w %
<b>Polska</b>	<b>19 848</b>	<b>5,2</b>	<b>10,1</b>	<b>61,1</b>
<b>Województwo zachodniopomorskie</b>	<b>940</b>	<b>5,5</b>	<b>10,8</b>	<b>52,6</b>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Informatora Statystycznego 2006 r., Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia w Szczecinie, Biuletynu Statystycznego 2006 Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w Warszawie

Po porównaniu podstawowych wskaźników działalności oddziałów położniczo-ginekologicznych, wg danych statystycznych i projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie optymalnej liczby łóżek, można stwierdzić różnice między Polką a województwem zachodniopomorskim. W województwie zachodniopomorskim wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. kobiet jest wyższy, a średnie wykorzystanie łóżek niższe od krajowego.

Świadczenia ginekologiczno-położnicze wykonywane w trybie „jednego dnia” wykazane w statystyce medycznej prawdopodobnie nie odzwierciedlają rzeczywistej sytuacji. W oddziałach położniczo-ginekologicznych 2006 r. w statystyce medycznej wykazano **533 hospitalizacje jednodniowe**. Według sprawozdań Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia liczba leczonych w trybie jednodniowym wynosiła 583.

**Zachodniopomorski Oddział Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2006 r. zakontraktował świadczenia zdrowotne w oddziałach położniczo-ginekologicznych w wielkości 6 230 947 punktów rozliczeniowych w:**

- 31 oddziałach ginekologiczno-położniczych – procedury limitowane, zakontraktowano 4 274 137 punktów, zrealizowano 4 320 018 punktów rozliczeniowych,
- 26 oddziałach położniczych - procedury nielimitowane, zakontraktowano 1 956 810 punktów, zrealizowano 1 956 700 punktów rozliczeniowych.

W ramach wykonanych świadczeń opieki zdrowotnej ginekologiczno-położniczych odbyło się **50 474 hospitalizacji**, o 1663 mniej od liczby leczonych wykazanej w statystyce medycznej.

**Średni koszt jednej hospitalizacji wynosił 1 243 zł.** Rozpiętość kosztów jednej hospitalizacji była szeroka, wynosiła od 324 zł do 2 205 zł. w różnych zakładach.

**Tab. 11. Oddziały położniczo-ginekologiczne zakontraktowane przez ZOW NFZ w 2006 roku**

Lp	Powiaty	Zakłady Publiczne	Zakłady Niepubliczne	Liczba punktów zrealizowanych - procedury limitowane	Liczba punktów wykonanych na 1 kobietę	Liczba punktów zrealizowanych - procedury nielimitowane	Liczba punktów nielimitowanych na 1 kobietę
1	Miasto Koszalin*	1	2	373 369	4,2	188 500	2,1
2	Miasto Szczecin	6		1 802 752	8,3	555 950	2,6
3	Miasto Świnoujście	1		80 079	3,8	44 010	2,1
4	Białogard	1		103 635	4,2	78 840	3,2
5	Choszczno	1		109 914	4,3	51 090	2,0
6	Drawsko Pom.	1		78 512	2,6	66 670	2,2
7	Goleniów	2		155 162	3,9	85 980	2,1
8	Gryfice**	1		142 430	2,8	96 920	1,9
9	Gryfino	1		95 065	2,3	45 230	1,1
10	Kamień Pom.		1	76 631	3,1	34 160	1,4
11	Kołobrzeg	1		143 592	3,6	76 050	1,9
12	Myślibórz	2		139 754	2,8	97 050	2,7
13	Police	1		276 537	8,6	91 980	2,9
14	Pyrzyce	1		72 755	3,6	41 220	2,0

**Kierunki rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie położnictwa i ginekologii  
w województwie zachodniopomorskim na lata 2008 – 2013**

15	Sławno	1		94 333	3,2	71 300	2,4
16	Stargard	1		156 087	2,5	114 170	1,9
17	Szczecinek	2	1	110 586	2,8	98 710	2,5
18	Świdwin	1		77 379	3,1	34 580	1,4
19	Wałcz	2		231 446	8,2	84 290	3,0
	<b>Województwo</b>	<b>27</b>	<b>4</b>	<b>4 320 018</b>	<b>5,1</b>	<b>1 956 700</b>	<b>2,2</b>

\* z Powiatem Koszalińskim

\*\* z Powiatem Łobeskim

*Źródło: Zachodniopomorski Oddział Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia*

Z powyższych danych wynika, że rozmieszczenie świadczeń opieki zdrowotnej limitowanych wykonywanych w oddziałach ginekologiczno-położniczych na terenie województwa jest nierównomierne. W przeliczeniu na jedną kobietę **liczba punktów na jedną kobietą wynosi 5 średnio rocznie**, z czego **największa liczba punktów** przypada w:

- Powiecie Polickim – 8,6
- Mieście Szczecinie – 8,3
- Powiecie Wałeckim – 8,2

**Najmniejsza liczba punktów** w przeliczeniu na jedną kobietę rocznie została wykonana w:

- Powiecie Gryfińskim – 2,3
- Powiecie Stargardzkim – 2,5
- Powiecie Drawskim – 2,6

Bardziej wyrównana sytuacja w nasyceniu świadczeń zdrowotnych dotyczyła świadczeń nielimitowanych. Przy średniej 2,2 punktów na jedną kobietę, rozpiętość wynosi od 1,1 do 3,2 punktów.

### **3.4. Zasoby kadrowe**

Zasoby kadrowe w opiece położniczo-ginekologicznej w województwie zachodniopomorskim zostały przeanalizowane na podstawie danych statystycznych zgromadzonych przez Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia, informacji Okręgowych Izba Lekarskich, Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych oraz danych Szpitali Wojskowych ze Szczecina i Wałcza.

W województwie zachodniopomorskim ogółem we wszystkich rodzajach jednostek ochrony zdrowia było zatrudnionych w 2006 r. **280 lekarzy** specjalistów posiadających specjalizację z zakresu położnictwa i ginekologii oraz **1008 położnych**. W szpitalach pracowało 179 lekarzy oraz 556 położnych i pielęgniarek, a w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej 312 lekarzy w poradniach położniczo-ginekologicznych i 251 położnych w podstawowej opiece zdrowotnej. Przy analizowaniu zatrudnienia lekarzy należy uwzględnić fakt, że świadczą oni pracę w kilku miejscach, są zatrudnieni w szpitalach i poradniach położniczo-ginekologicznych.

W rejestrach samorządów zawodowych lekarzy oraz samorządach zawodowych pielęgniarek i położnych w 2007 roku było zarejestrowanych:

- **411 lekarzy specjalistów w zakresie położnictwa i ginekologii**
- **1308 położnych**

Wynika z powyższego, że aktywnych zawodowo jest 68% lekarzy posiadających specjalizację z położnictwa i ginekologii zarejestrowanych w Izbach Lekarskich i 77% położnych zarejestrowanych w Izbach Pielęgniarek i Położnych.

**Tab. 12. Zatrudnienie lekarzy specjalistów w poradniach położniczo-ginekologicznych i zatrudnienie położnych w podstawowej opiece zdrowotnej w 2006 r.**

Lp	Powiaty	Liczba kobiet	Lekarze	Położne	w tym położne środowiskowe	Liczba kobiet na 1 położną
1	Miasto Koszalin	56 460	17	11	11	5 133
2	Miasto Szczecin	215 686	127	73	61	2 955
3	Miasto Świnoujście	21 005	5	3	3	7 002
4	Białogard	24 654	10	11	9	2 241
5	Choszczno	25 214	2	10	8	2 521
6	Drawsko Pom.	29 701	11	8	8	3 713
7	Goleniów	39 916	14	13	11	3 070
8	Gryfice	30 860	11	6	1	5 143
9	Gryfino	41 710	12	16	16	2 607
10	Kamień Pom.	24 333	6	7	5	3 476
11	Kołobrzeg	39 443	10	11	11	3 586
12	Koszalin	32 192	4	2	1	16 096
13	Łobez	19 431	6	5	4	3 886
14	Myślibórz	34 293	15	14	10	2 449
15	Police	32 074	8	10	8	3 207
16	Pyrzyce	20 112	4	5	4	4 022
17	Sławno	29 388	9	5	4	5 878
18	Stargard	60 990	16	12	10	5 082
19	Szczecinek	39 575	13	12	9	3 298
20	Świdwin	24 955	7	9	9	2 773
21	Wałcz	28 111	5	8	6	3 513
	<b>Województwo</b>	<b>870 103</b>	<b>312</b>	<b>251</b>	<b>209</b>	<b>3 466</b>

Źródło: Dane z Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia

W poradniach ginekologiczno-położniczych pracuje 312 lekarzy, jednakże liczby tej nie należy utożsamiać z liczbą etatów, ze względu to, że często jeden lekarz świadczy pracę w kilku miejscach.

Jak wskazują powyższe dane zatrudnienie lekarzy i położnych na terenie województwa jest nierównomierne. **Średnia liczba kobiet przypadająca na jedną położną** pracującą w podstawowej opiece zdrowotnej wynosi **3466**, z tym, że skrajne wartości są bardzo rozbieżne, w Powiecie Koszalińskim średnia ta wynosi 16 096, a w powiecie Myśliborskim 2449 kobiet. Jedna **położna środowiskowa obejmuje opieką średnio 4 163 kobiet**. Należy jednak stwierdzić, że oprócz Powiatu oszalińskiego, poziom zatrudnienia położnych w podstawowej opiece zdrowotnej można uznać za dobry.

Tab. 13. Zatrudnienie lekarzy oraz położnych i pielęgniarek w oddziałach położniczo-ginekologicznych w 2006 r.

Lp	Powiaty	Liczba łóżek	Lekarze	Liczba łóżek na 1 lekarza	Położne i pielęgniarki	Liczba łóżek na 1 położną i pielęgniarkę
1	Miasto Koszalin	86	8	10,8	51	1,7
2	Miasto Szczecin*	280	58	4,8	192	1,4
3	Miasto Świnoujście	24	5	4,8	11	2,2
4	Białogard	24	10	2,4	14	1,7
5	Choszczno	40	6	6,7	15	2,7
6	Drawsko Pom.	37	4	9,3	16	2,3
7	Goleniów	55	9	6,1	20	2,8
8	Gryfice	36	9	4,0	21	1,7
9	Gryfino	28	6	4,7	17	1,6
10	Kamień Pom.	19	6	3,1	6	3,2
11	Kołobrzeg	37	6	6,2	22	1,7
12	Myślibórz	54	10	5,4	26	2,1
13	Police	52	10	5,2	20	2,6
14	Pyrzyce	20	4	5	12	1,7
15	Sławno	30	4	7,5	18	1,7
16	Stargard	37	6	6,2	34	1,1
17	Szczecinek	40	5	8	18	2,2
18	Świdwin	26	7	3,7	12	2,2
19	Wałcz**	60	6	10	31	1,9
	<b>Województwo</b>	<b>985</b>	<b>179</b>	<b>5,5</b>	<b>556</b>	<b>1,8</b>

\* z 109 Szpitalem Wojskowym

\*\* z107 Szpitalem Wojskowym

Źródło: Dane z Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia oraz Szpitali MON

Od 1999 r. liczba lekarzy ginekologów zatrudnionych w oddziałach ginekologiczno-położniczych uległa wzrostowi o 7 osób, a liczba położnych obniżyła się do o 24 etatów.

Zatrudnienie lekarzy i położnych w oddziałach ginekologicznych w poszczególnych powiatach jest bardzo zróżnicowane. W celu dokonania porównania między powiatami posłużono się wskaźnikiem liczby łóżek przypadających na jednego lekarza i położną. Na jednego lekarza przypada średnio - 5,5 łóżek, a na położną – 1,8 łóżek.

**Najwyższy wskaźnik łóżek na jednego lekarza przypada w:**

- Mieście Koszalinie – 10,8
- Powiecie Wałeckim – 10,0
- Powiecie Drawskim – 9,3

**Najniższy wskaźnik łóżek na jednego lekarza przypada w:**

- Powiecie Białogardzkim – 2,4
- Powiecie Kamieńskim – 3,1
- Powiecie Świdwińskim – 3,7

Z powyższego wynika nierównomierne rozmieszczenie lekarzy specjalistów w zakresie położnictwa i ginekologii na terenie województwa. Liczba lekarzy nie jest związana z wielkością powiatu, czy też wielkością jednostek opieki zdrowotnej funkcjonujących na danym terenie.

**Tab. 14. Liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie położnictwa i ginekologii zarejestrowanych w OIL w 2007 r. wg roczników**

Roczniki	I stopień specjalizacji	II stopień specjalizacji	Razem
1919 - 1029	8	14	<b>22</b>
1930 - 1939	20	45	<b>65</b>
1940 - 1949	5	50	<b>55</b>
1950 - 1959	44	106	<b>150</b>
1960 - 1969	42	61	<b>103</b>
1970 - 1979	16	0	<b>16</b>
<b>Ogółem</b>	<b>135</b>	<b>276</b>	<b>411</b>

Źródło: Dane Okręgowych Izb Lekarskich w Koszalinie i Szczecinie

Na łączną liczbę **411 lekarzy posiadających specjalizację z zakresu położnictwa i ginekologii** zarejestrowanych w Okręgowych Izbach Lekarskich w Koszalinie i Szczecinie, 87 lekarzy jest w wieku powyżej 67 roku życia, w związku z czym można przyjąć, że część z nich nie jest już aktywna zawodowo. Wśród zarejestrowanych, najliczniejszą grupę stanowią lekarze w wieku 48 - 57 lat (150 osób) i w wieku 38 - 47 lat (103 osoby). **Specjaliści z II stopniem specjalizacji stanowią 67,1%** wszystkich zarejestrowanych.

Obserwuje się wzmożone zainteresowanie lekarzy podjęciem zatrudnienia za granicą. Według informacji Okręgowych Izb Lekarskich w 2007 r. 12 lekarzy specjalistów w dziedzinie położnictwa i ginekologii pobrało zaświadczenia potrzebne do rejestracji w krajach Unii Europejskiej.

W zabezpieczeniu opieki zdrowotnej ginekologiczno-położniczej biorą udział także położne pracujące w podstawowej opiece zdrowotnej i oddziałach ginekologiczno-położniczych.

**Tab. 15. Liczba położnych zarejestrowanych w Okręgowych Izbach Pielęgniarek i Położnych w 2007 r. wg roczników**

Roczniki	Koszalińska	Szczecińska	Razem
1930 - 1939		2	<b>2</b>
1940 - 1949	13	77	<b>90</b>
1950 - 1959	90	276	<b>366</b>
1960 - 1969	102	326	<b>428</b>
1970 - 1979	109	277	<b>386</b>
1980-1984	1	35	<b>36</b>
<b>Ogółem</b>	<b>315</b>	<b>993</b>	<b>1 308</b>

Źródło: Dane Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie i Szczecinie

W województwie zachodniopomorskim w Okręgowych Izbach Pielęgniarek i Położnych jest zarejestrowanych **1308 położnych**, z czego 92 położne są w wieku powyżej 57 roku życia. Największą grupę stanowią położne w wieku 38 - 47 lat (428 osób). Drugą w kolejności liczną grupą są położne w wieku 48 – 57 lat (366 osób). Ta grupa położnych stanowi ważny aspekt, na który należy zwrócić szczególną uwagę, w związku z planowanym w najbliższych latach, w tej grupie wiekowej odchodzeniem na emerytury i niewystarczającą ilością nowych absolwentów szkół kształcących położne.

Jak wskazują dane zawarte w tabelach zamieszczonych na poprzednich stronach, **liczba wszystkich zatrudnionych położnych i pielęgniarek w opiece położniczo-ginekologicznej w 2006 r. wynosiła 807 osób:**

- W podstawowej opiece zdrowotnej – 251 położnych
- W oddziałach ginekologiczno-położniczych – 556 położnych i pielęgniarek

Zatrudnione położne stanowiły około 62% wszystkich położnych zarejestrowanych w Okręgowych Izbach Pielęgniarek i Położnych.

#### **4. Wnioski wynikające z części diagnostycznej**

Przeprowadzona analiza sytuacji zdrowotnej kobiet i zasobów opieki zdrowotnej położniczo-ginekologicznej pozwala na określenie potrzeb, priorytetów oraz sprecyzowanie celów i kierunków rozwoju opieki położniczo-ginekologicznej w województwie zachodniopomorskim.

##### **Najważniejsze cechy charakterystyczne i problemy wynikające z rozpoznanej sytuacji:**

1. Utrzymujący się wysoki wskaźnik zachorowań na nowotwory narządów płciowych i piersi.
2. Niewystarczające uczestnictwo kobiet w programach profilaktycznych.
3. Niskie wskaźniki objęcia wczesną opieką kobiet w ciąży.
4. Nierównomierne rozmieszczenie świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej położniczo-ginekologicznej na terenie województwa.
5. Niski odsetek wykorzystania łóżek w oddziałach położniczo-ginekologicznych.
6. Spodziewany niedobór lekarzy specjalistów w zakresie położnictwa i ginekologii.
7. Niewystarczająco rozpoznana sytuacja w wyposażeniu w sprzęt i aparaturę medyczną ośrodków położniczo-ginekologicznych.
8. Rozproszenie procesu leczenia kobiet z chorobami onkologicznymi.

### **III. CZĘŚĆ PLANISTYCZNA**

#### **1. Potrzeby zdrowotne w zakresie opieki ginekologiczno-medycznej**

Potrzeby zdrowotne w zakresie opieki zdrowotnej ginekologiczno-położniczej w województwie zachodniopomorskim wynikają z rozpoznanej sytuacji epidemiologiczno-demograficznej i stwierdzanych problemów. Sytuacja zdrowotna kobiet i aktualny stan zabezpieczenia świadczeń ginekologiczno-położniczych wymaga zmian organizacyjnych i funkcjonalnych w celu dostosowania do oczekiwań i potrzeb z uwzględnieniem poprawy dostępności, efektywności i jakości opieki medycznej.

Stąd pożądane jest:

- 1) Stworzenie modelu kompleksowego świadczenia położniczo-ginekologicznego, które kobieta może uzyskać u jednego świadczeniodawcy.
- 2) Optymalne rozmieszczenie oddziałów położniczo-ginekologicznych.
- 3) Poprawienie wskaźników wykorzystania łóżek.
- 4) Rozwój dziennej opieki ginekologicznej związanej z wykonywaniem procedur hospitalizacji jednodniowej.
- 5) Odnowa bazy sprzętowej i aparaturowej oddziałów położniczo-ginekologicznych.
- 6) Utrzymanie równomiernego i systematycznego naboru na specjalizacje lekarskie w zakresie położnictwa i ginekologii oraz onkologii ginekologicznej.
- 7) Ustanowienie ośrodków leczenia onkologicznego kobiet z nowotworami narządów płciowych o standardach określonych aktualnymi przepisami w dziedzinie onkologii ginekologicznej.

#### **2. Cel i zadanie strategiczne w ochronie zdrowia województwa zachodniopomorskiego**

Z uwagi na to, iż niniejszy dokument stanowi uzupełnienie „Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego”, cel strategiczny i zadanie strategiczne pozostają w niezmiennym sformułowaniu, tj.:

**CEL STRATEGICZNY:**

***Stworzenie spójnego systemu realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia i bezpieczeństwa zdrowotnego***

**ZADANIE STRATEGICZNE:**

***Zapewnienie wysokiej jakości opieki medycznej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznej opieki ambulatoryjnej i opieki stacjonarnej***

### **3. Cele i kierunki rozwoju opieki zdrowotnej położniczo-ginekologicznej**

#### **Cel operacyjny – 1**

Poprawa zdrowia kobiet w wieku rozrodczym

#### **Kierunki:**

1. Poprawa opieki medycznej nad kobietą w związku z ciążą, porodem i położeniem.
2. Doskonalenie opieki perinatalnej.
3. Wprowadzenie analizy jakościowej opieki położniczej na podstawie audytów prowadzonych na poziomie podstawowym i wojewódzkim.
4. Wczesne wykrywanie zakażeń HIV i chorób przenoszonych drogą płciową u kobiet w ciąży.
5. Prowadzenie działań edukacyjnych dotyczących zmiany zachowań zdrowotnych kobiet w wieku rozrodczym w aspekcie ciąży.
6. Zwiększenie roli położnej środowiskowej w profilaktyce, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej wśród kobiet.

#### **Cel operacyjny – 2**

Zwiększenie efektywności i jakości leczenia w opiece ginekologiczno-położniczej

#### **Kierunki:**

1. Kształtowanie liczby i struktury kadry medycznej w stopniu zapewniającym realizację zadań w opiece ginekologiczno-położniczej.
2. Optymalizacja alokacji środków finansowych zapewniającemu równomierny dostęp do świadczeń zdrowotnych.
3. Kształtowanie poziomów referencyjnych opieki zdrowotnej i sieci oddziałów ginekologiczno-położniczych.
4. Równomierne rozmieszczenie oddziałów ginekologiczno-położniczych z określeniem poziomu referencyjności wg. przyjętych kryteriów.
5. Zapewnienie kompleksowej opieki ginekologiczno-położniczej u jednego świadczeniodawcy.
6. Dostosowanie bazy i wyposażenia oddziałów ginekologiczno-położniczych do potrzeb i wymogów sanitarno-technicznych.

#### **Cel operacyjny – 3**

Zapewnienie właściwej profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów i chorób przenoszonych drogą płciową

#### **Kierunki:**

1. Poprawa organizacji profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób nowotworowych narządów rodnych u kobiet.

2. Wprowadzenie skutecznych metod umożliwiających objęcie badaniami profilaktycznymi maksymalnej liczby kobiet.

#### **4. Zadania, kryteria i wymagania**

Przyjęcie usystematyzowanych działań na przyszłe lata wymaga sformułowania jasnych kierunków rozwoju i zadań możliwych i koniecznych do realizacji dla osiągnięcia postawionych celów przy uwzględnieniu ustalonych kryteriów i wymagań dotyczących stopnia dostępności, liczby i kwalifikacji personelu, warunków organizacyjnych, lokalowych i wyposażenia w sprzęt diagnostyczno-terapeutyczny.

Zadania, kryteria i wymagania należy określić dla wszystkich poziomów i rodzajów opieki ginekologiczno-położniczej w zakresie:

- Podstawowej opieki zdrowotnej;
- Ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- Stacjonarnej opieki zdrowotnej;

##### **4.1. Podstawowa opieka zdrowotna**

Opieka zdrowotna położniczo-ginekologiczna w podstawowej opiece zdrowotnej realizowana jest w części przez położną środowiskową. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) realizując swoje zadania współpracuje z położną środowiskową oraz planuje i realizuje opiekę lekarską nad populacją zadeklarowaną w zakresie udzielanych przez niego świadczeń opieki zdrowotnej. Zakres zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej są ustalone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 214, poz. 1816).

Ponadto lekarz POZ jest zobowiązany do profilaktyki chorób nowotworowych w wymiarze określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych, oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane (Dz.U. Nr 276, poz. 2740)

##### **Zadania lekarza POZ w zakresie zachowania zdrowia i profilaktyki chorób to m.in.:**

- Prowadzenie edukacji zdrowotnej;
- Uczestnictwo w realizacji programów zdrowotnych i profilaktycznych;
- Identyfikacja czynników ryzyka i zagrożeń zdrowotnych;
- Prowadzenie systematycznej i okresowej oceny stanu zdrowia w ramach badań przesiewowych;
- Przeprowadzenie wywiadu w kierunku obciążenia rodzinnym występowaniem nowotworów, podczas pierwszej wizyty pacjenta;
- Wykonanie instruktażu samobadania piersi przez kobietę u kobiet w wieku powyżej 18 lat;
- Fizykalne badanie piersi w odstępach jednorocznych u kobiet w wieku powyżej 35 lat;

- Badanie co roku skóry, warg, jamy ustnej i gardła;
- Badanie co roku per rectum kobiet i mężczyzn powyżej 45 roku życia;
- Informowanie pacjentów o zakresie i częstotliwości badań profilaktycznych ww. i konieczności corocznego badania ginekologicznego u kobiet powyżej 35 roku życia oraz badania cytologicznego szyjki macicy u kobiet od 30 do 59 roku życia;
- Informowanie o możliwości szczepienia przeciw wirusowi HPV, dziewcząt i kobiet w wieku przedprokreacyjnym.

#### **Zadania położnej POZ:**

- W zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób:
  - Edukacja w zakresie prozdrowotnego stylu życia kobiety;
  - Przygotowanie do porodu, z uwzględnieniem porodu rodzinnego;
  - Poradnictwo laktacyjne i promowanie karmienia piersią;
  - Kształtowanie postaw rodzicielskich;
  - Edukacja i udzielanie porad w zakresie powrotu płodności po porodzie, metod regulacji płodności;
  - Profilaktyka chorób ginekologicznych i patologii położniczych;
  - Edukacja kobiet we wszystkich okresach życia w zakresie prowadzenia samoobserwacji oraz podejmowania działań w celu wczesnego wykrywania i likwidacji czynników ryzyka nowotworowego;
  - Edukacja w zakresie zapobiegania zakażeniom HIV oraz chorobom przenoszonym drogą płciową;
- W zakresie świadczeń diagnostyczno-pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych:
  - Monitorowanie rozwoju ciąży;
  - Wykonywanie badania położniczego u kobiet;
  - Monitorowanie przebiegi porodu;
  - Planowanie i realizacja opieki pielęgnacyjnej nad kobietą ze schorzeniami ginekologicznymi;
  - Przyjmowanie porodu nagłego w warunkach pozaszpitalnych;
  - Zabezpieczenie naciętego lub pękniętego krocza i innych zabiegów określonych odrębnymi przepisami;
  - Ćwiczenia usprawniające w ciąży, porodu i schorzeniach ginekologicznych;

#### **Kryteria i wymagania:**

- 1) Średnia liczba kobiet przypadająca na 1 położną nie powinna przekraczać 6 600.
- 2) Położna środowiskowa powinna być w każdej gminie.
- 3) Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej bierze aktywny udział w działaniach profilaktycznych będących zakresem jego zadań.

## 4.2. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna ginekologiczno-położnicza

Ambulatoryjna opieka zdrowotna położniczo-ginekologiczna jest realizowana przez zakłady opieki zdrowotnej oraz indywidualne i grupowe praktyki lekarskie. Wielkość świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, czyli obecnie przez Narodowy Fundusz Zdrowia została scharakteryzowana w części diagnostycznej niniejszego opracowania. Duża część porad, realizowana jest przez podmioty niepubliczne w formie wizyt prywatnych, opłacanych przez pacjentkę, co nie jest możliwe do jednoznacznego określenia z powodu braku danych z gabinetów prywatnych.

Sposób prowadzenia badań diagnostycznych, profilaktycznych i konsultacji wraz z częstotliwością ich przeprowadzania jako wytyczne dla każdej poradni ginekologiczno-położniczej i lekarza ginekologa jest opisany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych, oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane (Dz.U. Nr 276, poz. 2740). Określono tu zakres świadczeń opieki zdrowotnej obejmujących profilaktyczne badania lekarskie i promocję zdrowia obejmujących kobiety w ciąży oraz badania lekarskie prenatalne wykonywane u płodu i kobiet w okresie ciąży, w szczególności w pierwszym i drugim trymestrze ciąży o podwyższonym, w stosunku do populacyjnego, ryzyku wystąpienia choroby lub wady genetycznej oraz u kobiet powyżej 40 roku życia.

### **Zadania:**

1. Wykonywanie pełnego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej u kobiet w ciąży, zgodnie z obowiązującym prawem
2. Kontynuowanie programu pierwotnej profilaktyki wad wrodzonych poprzez przyjmowanie przez kobiety w wieku prokreacyjnym kwasu foliowego.
3. Udział w realizacji „Programu wczesnego wykrywania zakażeń HIV u kobiet w ciąży” wydanego zarządzeniem Nr 21/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.
4. Zwiększenie dostępności i poprawa jakości poradnictwa dotyczącego profilaktyki chorób przenoszonych drogą kontaktów seksualnych.
5. Prowadzenie profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób nowotworowych.
6. Upowszechnianie wiedzy na temat szczepienia przeciw zakażeniom HPV;
7. Dostosowywanie bazy lokalowej i wyposażenia poradni położniczo-ginekologicznych do potrzeb i obowiązujących wymogów.
8. Utrzymanie właściwej liczby lekarzy specjalizujących się w zakresie położnictwa i ginekologii oraz onkologii ginekologicznej.

### **Kryteria i wymagania:**

- 1) Personel medyczny:
  - W poradni ginekologiczno-położniczej - lekarz ginekolog-położnik lub lekarz w trakcie specjalizacji z położnictwa i ginekologii;

- W poradni ginekologicznej dla dziewcząt i poradni patologii ciąży - specjalista w zakresie ginekologii i położnictwa
  - W poradni leczenia niepłodności - specjalista endokrynolog-ginekolog;
  - W poradni profilaktyki chorób piersi - specjalista położnik-ginekolog lub specjalista onkologii klinicznej lub chirurgii onkologicznej;
  - W poradni okresu przekwitania - specjalista ginekologii i położnictwa oraz endokrynologii;
- 2) Dostęp do diagnostyki:
- Laboratoryjnej i mikrobiologicznej.
  - Cytologicznej.
  - Ultrasonograficznej.
  - Kardiotokograficznej (KTG).
- 3) Inne:
- Zapewnienie dostępności do świadczeń ginekologiczno-położniczych w każdej gminie.

#### **4.3. Stacjonarna opieka zdrowotna położniczo-ginekologiczna**

Stacjonarna opieka położniczo-ginekologiczna funkcjonuje głównie w oparciu o publiczne szpitale, gdzie jest realizowana w oddziałach szpitalnych w formie kilkudniowej hospitalizacji lub w trybie pobytu jednodniowego. W planowaniu zabezpieczenia stacjonarnej opieki zdrowotnej należy zapewnić właściwą jakość i dostępność do opieki ginekologiczno-położniczej na **trzech poziomach referencyjnych**:

- I poziom - podstawowy
- II poziom - rozszerzony
- III poziom - wyskospecjalistyczny

Kwalifikacja oddziałów do poziomów referencyjnych powinna być uzależniona od możliwości diagnostyczno-terapeutycznych, kwalifikacji personelu medycznego oraz możliwości i zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

#### **Kierunki rozwoju stacjonarnej opieki położniczo-ginekologicznej:**

- 1) Dostosowanie pomieszczeń do wymagań określonych przepisami prawnymi i standardami.
- 2) Zapewnienie optymalnej liczby łóżek wystarczającej do zabezpieczenia opieki zdrowotnej.
- 3) Stopniowe zmniejszanie liczby łóżek o około 29%, do osiągnięcia liczby około 700 łóżek.
- 4) Poprawienie wykorzystania łóżek do poziomu 80%, zgodnie z wytycznymi do sieci szpitali.
- 5) Zapewnienie dostępu do leczenia ginekologiczno-położniczego na trzech poziomach referencyjnych:
  - I poziomie - podstawowym w promieniu max. 50 km od miejsca zamieszkania.
  - II poziomie - rozszerzonym w promieniu max. 80-100 km od miejsca zamieszkania.
  - III poziomie - wyskospecjalistycznym w ośrodku koszalińskim i szczecińskim.

- 6) Wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ginekologii onkologicznej w 5-6 oddziałach ginekologiczno-położniczych województwa, wskazanych przez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie ginekologii onkologicznej, zgodnie z możliwościami terapeutyczno-diagnostycznymi i kadrowymi.
- 7) Wykonywanie chemioterapii w chorobach onkologicznych narządów płciowych w minimum 3 szpitalach województwa.
- 8) Utworzenie ośrodków ginekologii onkologicznej.

#### **4.3.1. Oddziały położniczo-ginekologiczne o profilu podstawowym – I poziom referencyjny**

Oddziały położniczo-ginekologiczne na I poziomie referencyjnym powinny być rozmieszczone równomiernie. Jeden oddział położniczo-ginekologiczny o poziomie podstawowym może obsługiwać mieszkańców jednego powiatu lub grupy powiatów.

##### **Zadania:**

- 1) Zapewnienie równomiernego rozmieszczenia oddziałów w promieniu nieprzekraczającym 50 km od miejsca zamieszkania pacjentek.
- 2) Osiągnięcie wskaźnika wykorzystania łóżek w 80%.
- 3) Rozwijanie udzielania świadczeń zdrowotnych w trybie hospitalizacji jednego dnia.
- 4) Zapewnienie właściwego zatrudnienia lekarzy specjalistów i położnych.

##### **Kryteria i wymagania:**

###### **W zakresie personelu:**

Zapewnienie odpowiedniej kadry medycznej pozwalającej na prawidłowe funkcjonowanie oddziału, w myśl obowiązujących przepisów i zaleceń (rozporządzenia Ministra Zdrowia, zarządzenia płaтника świadczeń finansowanych z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i inne akty prawne).

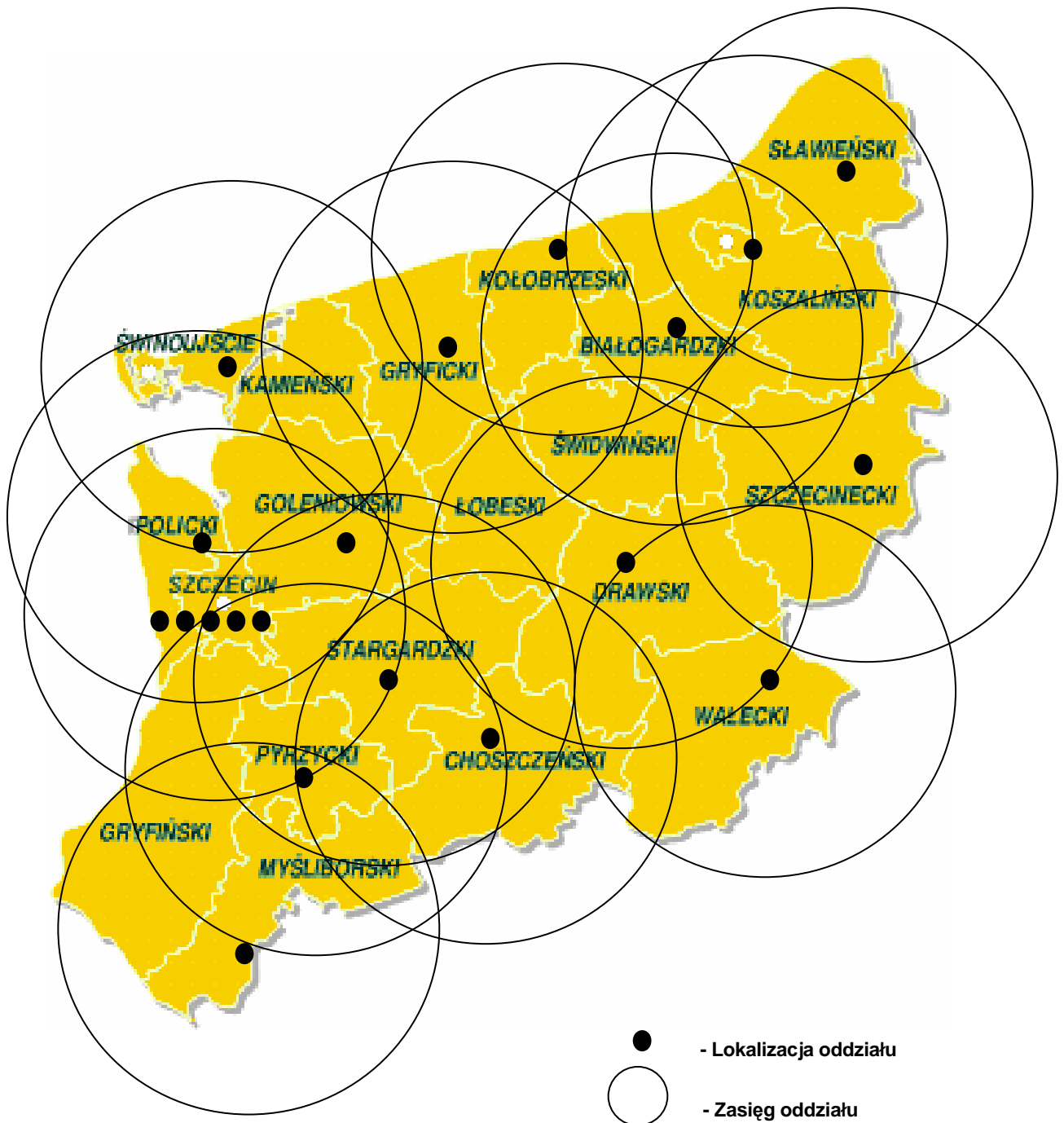
###### **W zakresie organizacji:**

- 1) Liczba łóżek w oddziale nie mniejsza niż 25;
- 2) Liczba porodów nie powinna być mniejsza niż 400 rocznie;
- 3) W strukturze szpitala funkcjonujący oddział neonatologii lub pediatrii;
- 4) Stały dostęp do diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologicznej, cytologicznej i obrazowej;
- 5) Sale chorych w oddziale położniczym w systemie „matka z dzieckiem” przeznaczone dla maksymalnie dwóch matek i dwóch noworodków;

###### **W zakresie wyposażenia:**

Stworzenie warunków lokalowych odpowiadających wymaganiom aktualnego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.

Mapa 2. Rozmieszczenie oddziałów położniczo-ginekologicznych o profilu podstawowym



Opracowanie własne  
Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej

#### **4.3.2. Oddziały położniczo-ginekologiczne o profilu rozszerzonym – II poziom referencyjny**

Oddział położniczo-ginekologiczny o profilu rozszerzonym powinien posiadać większe możliwości diagnostyczno-lecznicze w tym wyższe kwalifikacje personelu medycznego niż oddział o profilu podstawowym. Szpital, w strukturze którego znajduje się oddział położniczo-ginekologiczny o II poziomie referencyjności powinien udzielać szerszego zakresu i rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej.

##### **Zadania:**

- 1) Zapewnienie równomiernego rozmieszczenia oddziałów w promieniu nieprzekraczającym 80 -100 km.
- 2) Dążenie do osiągnięcia 80%-go wskaźnika wykorzystania łóżek.
- 3) Rozwijanie świadczeń zdrowotnych udzielanych w trybie hospitalizacji jednego dnia.

##### **Kryteria i wymagania:**

###### **W zakresie personelu:**

Zapewnienie odpowiedniej kadry medycznej pozwalającej na prawidłowe funkcjonowanie oddziału, w myśl obowiązujących przepisów i zaleceń (rozporządzenia Ministra Zdrowia, zarządzenia płatnika świadczeń finansowanych z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i inne akty prawne).

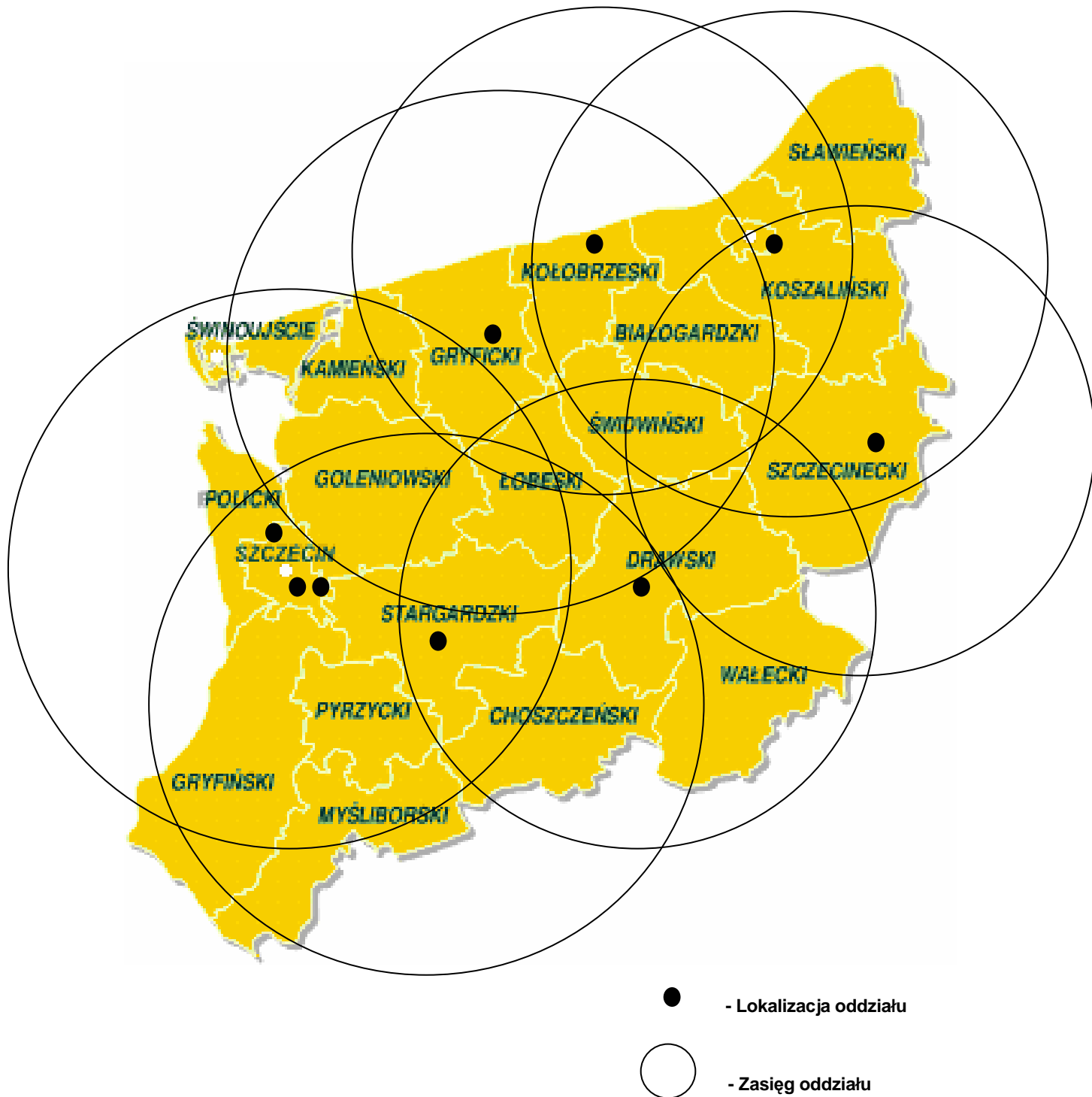
###### **W zakresie organizacji:**

- 1) Liczba łóżek w oddziale nie powinna być mniejsza niż 30;
- 2) Minimalna liczba porodów 800 rocznie;

###### **W zakresie wyposażenia:**

Stworzenie warunków lokalowych odpowiadających wymaganiom aktualnego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.

Mapa 3. Rozmieszczenie oddziałów położniczo-ginekologicznych o profilu rozszerzonym



Opracowanie własne  
Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej

#### **4.3.3. Oddziały położniczo-ginekologiczne o profilu wysokospecjalistycznym – III poziom referencyjny**

##### **Zadania:**

- 1) Zapewnienie opieki medycznej kobietom i ich dzieciom w zakresie stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki położniczo ginekologicznej przyjętym do ośrodka lub przekazanym z ośrodka o niższym poziomie referencyjności.
- 2) W opiece pierinatalnej – możliwość zapewnienia intensywnej opieki neonatologicznej we współpracy z oddziałami chirurgii dziecięcej, neurologii, neurochirurgii, kardiologii i kardiochirurgii dziecięcej, laryngologii dziecięcej, okulistyki, hematologii i chorób zakaźnych.
- 3) Świadczenie usług medycznych wysoko specjalistycznych, wprowadzanie nowych technik diagnostycznych i leczniczych.
- 4) Szkolenie personelu medycznego i edukacja społeczeństwa w zakresie promocji zdrowia.
- 5) Pełnienie nadzoru specjalistycznego w odniesieniu do podległych jednostek działających na I i II poziomie referencyjności.
- 6) Zbieranie i analizowanie oraz ocena własnych danych i danych z regionu w zakresie opieki położniczo-ginekologicznej.
- 7) Zapewnienie kompleksowego leczenia kobiet z chorobą nowotworową narządów płciowych.

##### **Kryteria i wymagania:**

###### **W zakresie personelu:**

Zapewnienie odpowiedniej kadry medycznej pozwalającej na prawidłowe funkcjonowanie oddziału, w myśl obowiązujących przepisów i zaleceń (rozporządzenia Ministra Zdrowia, zarządzenia płaтника świadczeń finansowanych z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i inne akty prawne).

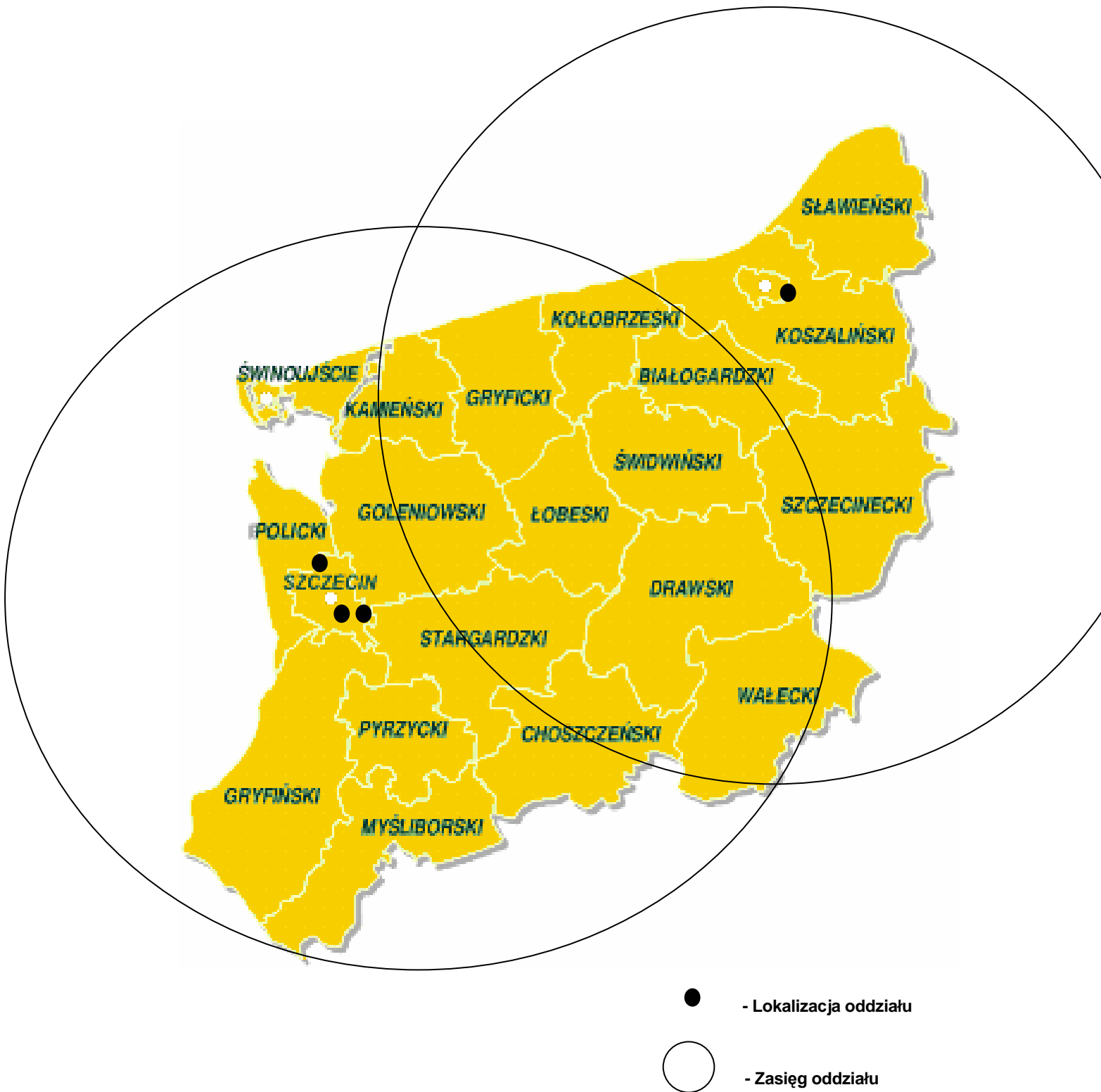
###### **W zakresie organizacji:**

- 1) Liczba porodów w ośrodku o profilu wysokospecjalistycznym nie powinna być mniejsza niż 1200 rocznie;
- 2) Oddział patologii ciąży i neonatologii III poziomu oraz oddział intensywnej terapii noworodka powinien znajdować się w obiekcie;

###### **W zakresie wyposażenia:**

Stworzenie warunków lokalowych odpowiadających wymaganiom aktualnego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.

Mapa 4. Rozmieszczenie oddziałów położniczo-ginekologicznych o profilu  
wysokospecjalistycznym



● - Lokalizacja oddziału

○ - Zasięg oddziału

Opracowanie własne  
Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej

## **Załączniki:**

### **1. WYKAZ OSÓB I INSTYTUCJI, WŚRÓD KTÓRYCH PRZEPROWADZONO KONSULTACJE SPOŁECZNE PROJEKTU „KIERUNKI ROZWOJU OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE POŁOŻNICTWA I GINEKOLOGII NA LATA 2008-2013”**

- 1) Rektor Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie
- 2) Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny
- 3) Okręgowa Izba Lekarska w Koszalinie
- 4) Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie
- 5) Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie
- 6) Szczecińska Izba Pielęgniarek i Położnych w Szczecinie
- 7) Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego
- 8) Prezydent Miasta Szczecina
- 9) Prezydent Miasta Koszalina
- 10) Prezydent Miasta Świnoujście
- 11) Starosta Powiatu Białogard
- 12) Starosta Powiatu Choszczno
- 13) Starosta Powiatu Drawsko Pomorskie
- 14) Starosta Powiatu Goleniów
- 15) Burmistrz Miasta i Gminy Nowogard
- 16) Starosta Powiatu Gryfino
- 17) Starosta Powiatu Kamień Pomorski
- 18) Starosta Powiatu Myślibórz
- 19) Starosta Powiatu Pyrzyce
- 20) Starosta Powiatu Sławno
- 21) Starosta Powiatu Stargard Szczeciński
- 22) Starosta Powiatu Szczecinek
- 23) Starosta Powiatu Świdwin
- 24) Starosta Powiatu Wałcz
- 25) Dyrektor 107 Szpitala Wojskowego z Przychodnią w Wałczu
- 26) Komendant 109 Szpitala Wojskowego z Przychodnią w Szczecinie

## **2. UWAGI I PROPOZYCJE DO PROJEKTU „KIERUNKI ROZWOJU OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE POŁOŻNICTWA I GINEKOLOGII NA LATA 2008-2013” ZGŁOSZONE PODCZAS KONSULTACJI SPOŁECZNYCH**

Projekt „Kierunków rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie położnictwa i ginekologii na lata 2008-2013” przekazano do konsultacji społecznych do 26-u podmiotów odpowiedzialnych bezpośrednio lub pośrednio za jakość, organizację i zabezpieczenie opieki położniczo-ginekologicznej w województwie zachodniopomorskim.

Oto niektóre konkluzje mające istotne znaczenie dla doskonalenia systemu opieki zdrowotnej nad kobietami w województwie, wynikające z otrzymanych opinii i uwag podmiotów biorących udział w konsultowaniu projektu:

1. Państwowa Wojewódzka Inspekcja Sanitarna w Szczecinie poinformowała, iż realizuje działania z zakresu oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia nakierowanej na zdrowie kobiet, mające na celu zmiany postaw i zachowań zdrowotnych kobiet w wieku rozrodczym poprzez realizację następujących programów profilaktycznych:
  - a) Profilaktyka HIV/AIDS
  - b) Profilaktyka nowotworów piersi i szyjki macicy – program edukacyjny „Różowa wstążka”.
  - c) Program Pierwotnej Profilaktyki Wad Cewy Nerwowej.
  - d) Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce.

Państwowa Wojewódzka Inspekcja Sanitarna zwraca uwagę, iż Istotnym problemem zdrowotnym w chwili obecnej jest konsumpcja papierosów przez kobiety, zwłaszcza młode. Palenie tytoniu, również bierne, przez kobiety ciężarne prowadzi do niedokrwienia płodu i zaburzenia tempa wzrastania płodu.

Istotne wydaje się zalecenie lekarzom rodzinnym przeprowadzania tzw. minimalnej interwencji odnoszącej się do nałogu palenia, podczas wywiadu lekarskiego z każdym pacjentem, stosując „zasadę 4P”, tj.: **P**ytaj przy każdym spotkaniu – czy pali? **P**omóż żeby przestał, **P**omóż o wyborze właściwej terapii, **P**amiętaj przy każdej kolejnej wizycie zapytać pacjenta o jego sytuację w procesie rzucania palenia.

Szkodliwym czynnikiem jest picie alkoholu w ciąży, które może prowadzić do powikłań ciąży związanych z płodowym zespołem alkoholowym (FAS).

Państwowa Wojewódzka Inspekcja Sanitarna wskazuje na potrzebę wprowadzenia idei działania wszystkich instytucji zajmujących się zdrowiem populacji kobiet w ramach szeroko pojętego zdrowia publicznego.

2. Starostwo Powiatowe w Białogardzie po konsultacjach z ordynatorem Oddziału Położniczo-Ginekologicznego Szpitala Powiatowym w Białogardzie przedstawiło następujące uwagi:
  - Poradnie położniczo-ginekologiczne są nadmiernie rozproszone i większość z nich funkcjonuje bez merytorycznej i funkcjonalnej łączności z oddziałem położniczo-ginekologicznym szpitala.

- System kontraktowania świadczeń przez NFZ skłania do mnożenia porad o niskiej jakości merytorycznej, wiele poradni prowadzonych jest przez lekarzy z I stopniem specjalizacji w zakresie położnictwa i ginekologii.
  - Pożądanym kierunkiem zmian winno być kontraktowanie świadczeń ambulatoryjnych przez oddział położniczo-ginekologiczny, który wybiera do współpracy poradnie, co może zapewnić sprawność i efektywność w wymiarze medycznym i ekonomicznym.
  - Właściwym kierunkiem byłoby wprowadzenie referencyjności poradni położniczo-ginekologicznych według kryterium fachowości personelu medycznego, wyposażenia w sprzęt diagnostyczny, dostępności do badań laboratoryjnych. Niekonieczna jest poradnia położniczo-ginekologiczna w każdej gminie.
  - Nie wszystkie wskazane oddziały położniczo-ginekologiczne na II poziomie referencyjności dysponują odpowiednią infrastrukturą kadrową, sprzętową i laboratoryjną niezbędną do prowadzenia patologii ciąży i patologii noworodków. Praktyka codzienna pokazuje, iż często kobiety z ciążą patologiczną kierowane są z oddziałów podstawowych bezpośrednio do oddziałów III poziomu referencyjnego. Może w związku z tym należałoby stworzyć system dwustopniowej opieki stacjonarnej, czyli zwiększenie wymagań dla oddziałów podstawowych i oparcie się na dużych oddziałach specjalistycznych III poziomu referencyjnego.
  - Słusznym jest rozwój oddziałów ginekologii „jednego dnia” z zastosowaniem nowoczesnych technik małoinwazyjnych: laparoskopii i endoskopii.
3. Prezydent Miasta Koszalina pozytywnie opiniując projekt stwierdził, iż dokument dokładnie zdiagnozował sytuację w zakresie położnictwa i ginekologii w województwie zachodniopomorskim. Poinformował również, że środowisko położnych zgłasza potrzebę utworzenia szkoły rodzenia i jej osobnego finansowania. Praktyka pokazała, że przy szkole rodzenia powinien funkcjonować telefon zaufania, przy którym dyżur pełniłyby położne i psycholog.

## LITERATURA:

1. Zdrowie 21 - Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku; Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa; Uniwersyteckie Wydawnictwo „Vesalius”, Kraków; 2001 r.
2. Strategia rozwoju ochrony zdrowia w Polsce 2007-2013; Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, czerwiec 2005 r.
3. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015; Uchwała Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.
4. Narodowy Plan Zdrowotny na lata 2004-2013; Minister Zdrowia, Warszawa, 2003 r.
5. Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15-49 lat - Polska 2006; Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju, Warszawa, 2006r.
6. Informator statystyczny w ochronie zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2005 r. Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia. Szczecin, 2006 r.
7. Informator statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Warszawa, 2006 r.
8. Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne; Jerzy Leowski, CeDeWu, Warszawa, 2004 r.
9. Podstawowe tendencje w rozwoju demograficznym województwa zachodniopomorskiego wraz z nową prognozą ludności na lata 2003-2030. Urząd Statystyczny w Szczecinie, 2004 r.
10. Stan zdrowia ludności Polski w przekroju terytorialnym w 2004 r. GUS, Warszawa, 2007 r.