

Projekt uchwały Nr 269/1/12
Data rej. w BS 17.10.12
Data skier. do Komisji 18.10.12
Spodziewany termin sesji 30.10.12 Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego
z dnia 2012 r.

w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z realizacji programu pn. „Strategia sektorowa w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego”.

Na podstawie art. 18 pkt 9 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz.U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1590 ze zm.) w związku z § 15 i § 52 pkt 4 lit d) statutu Województwa Zachodniopomorskiego z dnia 5 marca 2001 r. (Dz. Urz. Województwa Zachodniopomorskiego z 2004 r. Nr 24, poz. 456 ze zm.) oraz § 2 Uchwały Nr XXIV/226/01 Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego z dnia 28 września 2001 r. w sprawie uchwalenia programu wojewódzkiego pod nazwą „Strategia sektorowa w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego”.

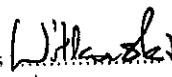
Sejmik Województwa Zachodniopomorskiego uchwala, co następuje:

§ 1

1. Przyjmuje się okresowe sprawozdanie z realizacji programu pn. „Strategia sektorowa w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego”.
2. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1, stanowi Załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

akceptuje
.....
25062012 Podpis 
..... Witkowski, radca prawny

UZASADNIENIE

Strategia sektorowa w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego to wieloletni program wojewódzki, który powstał w 2001 r. w wyniku bardzo szerokich konsultacji lokalnych i na bazie ówczesnych opracowań oraz materiałów dotyczących rozwoju ochrony zdrowia na terenie województwa przy udziale zespołu specjalistów reprezentujących poszczególne dziedziny medycyny.

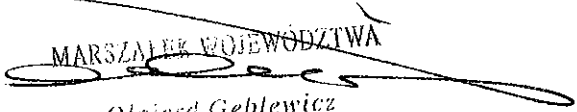
Strategia została przyjęta uchwałą Nr XXIV/226/2001 Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego z dnia 28 września 2001 r. Dokument podlega okresowemu monitorowaniu w odstępach dwuletnich. Każdorazowo sprawozdania kierowane są pod obrady Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego. Obecne sprawozdanie jest wynikiem przeprowadzenia piątego monitoringu. Z uwagi na nieustanne zmiany w sektorze ochrony zdrowia, proces monitorowania i ewaluacji jest niezbędny.

Z uwagi na powyższe, przyjęcie uchwały jest uzasadnione.

DYREKTOR
Wydziału Zdrowia

Dorota Łabinowicz

MARSZAŁEK WOJEWÓDZTWA


Olgierd Geblewicz



Sejmik Województwa Zachodniopomorskiego

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

Szczecin, 30 października 2012 r.

SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE	3
A. MODEL SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA.....	9
ORGANIZACJA SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO.....	9
WSPÓŁPRACA ZAGRANICZNA.....	12
PROGRAM RESTRUKTURYZACJI OCHRONY ZDROWIA	15
WNIOSKI	18
B. ZARZĄDZANIE JAKOŚCIĄ OPIEKI MEDYCZNEJ	20
PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA.....	20
WNIOSKI	24
AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA.....	25
WNIOSKI	30
STACJONARNA OPIEKA ZDROWOTNA	31
WNIOSKI	61
C. RATOWNICTWO MEDYCZNE	62
WNIOSKI	71
D. PROFILAKTYKA I PROMOCJA ZDROWIA.....	72
WNIOSKI	79
E. KADRY MEDYCZNE	81
WNIOSKI:	86
F. PRZEKSZTAŁCENIA WŁASNOŚCIOWE I POLITYKA INWESTYCYJNA	87
WNIOSKI	102
G. PODSUMOWANIE	105

WPROWADZENIE

Strategia sektorowa w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego przyjęta uchwałą Nr XXIV/226/2001 Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego z dnia 28 września 2001 roku to dokument określający zasadnicze cele i kierunki rozwoju ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego. Za cel strategiczny przyjęto:

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

Osiągnięcie zasadniczego celu strategicznego oraz maksymalizacja efektów zdrowotnych oparta jest o realizację wyznaczonych kierunków działań:

1. Wypracowanie optymalnego modelu ochrony zdrowia i koordynacja działań w tym zakresie.
2. Zapewnienie wysokiej jakości opieki medycznej w dziedzinie 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.

Aktualizacje i uzupełnienie Strategii stanowią dodatkowe opracowania i dokumenty programowe. W poprzednim okresie sprawozdawczym uzupełnienie stanowiły dokumenty w zakresie rozwoju opieki zdrowotnej pediatrycznej, położniczo-ginekologicznej, chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych oraz chirurgii urazowo-ortopedycznej. Kierując się prognozami demograficznymi oraz mając na względzie negatywne mierniki zdrowotne w bieżącym okresie sprawozdawczym wypracowano kierunki rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie: wysokospecjalistycznych specjalności zabiegowych, onkologii oraz opieki długoterminowej i rehabilitacji leczniczej.

Zgodnie z delegacją Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego ocena stopnia wdrożenia *Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia* w województwie zachodniopomorskim następuje w systematycznych, dwuletnich odstępach czasowych. Każdorazowo opracowany dokument kierowany jest pod obrady Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego, czego wynikiem jest podjęcie stosownych uchwał. Rolę koordynatora monitoringu i ewaluacji Strategii sektorowej pełni Urząd Marszałkowski w Szczecinie.

Opracowanie *Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia* było wynikiem przeprowadzenia szerokich konsultacji społecznych z udziałem grona specjalistów w dziedzinie organizacji sektora zdrowotnego, a także analizy lokalnej bazy danych, prezentującej rozwój ochrony zdrowia w regionie. Mając na względzie powyższe, ewaluacja oraz monitoring realizacji przyjętych kierunków działań wymaga podejmowania szerokiej współpracy z podmiotami gromadzącymi oraz

przetwarzającymi dane o sektorze ochrony zdrowia w województwie, ze szczególnym uwzględnieniem działalności zakładów opieki zdrowotnej oraz sytuacji zdrowotnej mieszkańców województwa.

Stąd też w procesie monitorowania Strategii udział biorą m.in.:

- organy tworzące dla zakładów opieki zdrowotnej,
- jednostki samorządu terytorialnego,
- zakłady opieki zdrowotnej,
- Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki,
- Główny Urząd Statystyczny,
- Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia,
- Pomorski Uniwersytet Medyczny,
- Państwowa Inspekcja Sanitarna.

Komórką koordynującą prace nad monitoringiem *Strategii sektorowej* jest Wydział Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego. Do kompetencji Wydziału należy przygotowanie dokumentu na podstawie zebranych danych po uprzednim opracowaniu kwestionariusza ankiety.

Należy tu podkreślić, że instytucje wymienione powyżej stanowią podmioty, których działania koncentrują się na realizacji zadań ochrony zdrowia poprzez m.in.: świadczeniodawców usług zdrowotnych, zarządzanie usługami zdrowotnymi, kształcenie kadry medycznej, realizację działań profilaktycznych, czy agregację danych statystycznych o zasobach ochrony zdrowia w województwie. Zaangażowanie tak wielu partnerów pozwala na zbudowanie obiektywnego systemu ewaluacji wyników przyjętych kierunków działań, a także pozwala na identyfikację nowych problemów i ich analizę.

Poinformowanie realizatorów *Strategii* i zainteresowanych stron o postępach w realizacji przyjętego planu działania, a także odstępstwach i planowanych modyfikacjach w latach następnych jest podstawowym celem niniejszego sprawozdania. Zadanie *Strategii* to wskazanie obszarów działających w sposób prawidłowy, jak i tych wymagających korekty, bądź naprawy. Takie podejście pozwala na określenie poziomu realizacji zakładanych celów, uzyskanych efektów, wykorzystanych zasobów i środków, a także umożliwia uzyskanie odpowiedzi na pytanie, jakie były konkretne skutki lub efekty prowadzonych działań.

Konieczność prowadzenia monitoringu dokumentów strategicznych, stanowiących narzędzie efektywnego planowania i realizacji programu, ma swoje źródło w powszechnie obowiązujących przepisach unijnych.

Przedstawione opracowanie jest efektem przeprowadzenia piątego monitoringu Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia. Kolejność uchwalania poszczególnych sprawozdań zaprezentowano w tabeli poniżej.

Tab. 1 Kolejność uchwalania poszczególnych sprawozdań z realizacji **Strategii sektorowej**.

Numer sprawozdania z realizacji Strategii sektorowej	Okresy sprawozdawczosci w latach	Uchwała Sejmiku WZ Nr ... z dnia ...
Pierwsze sprawozdanie	2001-2002	Uchwała Nr XIX/101/03 z dnia 3 listopada 2003 r.
Drugie sprawozdanie	2003-2004	Uchwała Nr XXV/288/05 z dnia 24 października 2005 r.
Trzecie sprawozdanie	2005-2006	Uchwała Nr XV/149/07 z dnia 18 grudnia 2007 r.
Czwarte sprawozdanie	2007-2008	Uchwała XXXVIII/447/10 z dnia 16 marca 2010 r.
Piąte sprawozdanie	2009-2010	Planowany termin podjęcia uchwały 30 października 2012 r.

Oprac. Wydział Zdrowia UM

Do najważniejszych efektów zachodzących zmian w zakładach opieki zdrowotnej na obszarze województwa zachodniopomorskiego, ustalonych na podstawie pięciu pierwszych sprawozdań z realizacji Strategii, należy m.in.:

1. redukcja zobowiązań zakładów opieki zdrowotnej województwa zachodniopomorskiego wskutek efektywnego wykorzystania środków przeznaczonych na restrukturyzację,
2. wyodrębnienie podstawowej opieki zdrowotnej,
3. zwiększenie zakresu usług opieki ambulatoryjnej oraz poprawa jakości tych usług,
4. zwiększenie zasobów łóżkowych w opiece długoterminowej, rehabilitacyjnej i psychiatrycznej,
5. poprawa warunków diagnostyczno-leczniczych i bytowych w szpitalach,
6. skrócenie czasu hospitalizacji,
7. poprawa stanu sanitarno-epidemiologicznego izb przyjęć, oddziałów szpitalnych i sal operacyjnych,
8. rozwój opieki dziennej, domowej i środowiskowej,
9. usprawnienie systemu ratownictwa medycznego,
10. uzyskanie akredytacji i certyfikatów jakości przez zakłady opieki zdrowotnej,
11. zmiany przekształceniowe zakładów opieki zdrowotnej związane z poszerzeniem lub zmniejszeniem zakresu realizowanych świadczeń zdrowotnych, utworzeniem lub likwidacją oddziałów i poradni oraz procedurą konsolidacji zakładów opieki zdrowotnej,
12. przekształcenia w spółki prawa handlowego,
13. prywatyzacja niektórych usług medycznych i outsourcing usług szpitalnych, w tym znaczny rozwój dializoterapii,
14. skuteczne aplikowanie o środki unijne z przeznaczeniem na zadania i zakupy inwestycyjne oraz na doposażenie i wymianę wyeksploatowanego sprzętu – powstanie nowych obiektów dostosowanych do wymogów i standardów krajowych i Unii Europejskiej.

15. wdrożenie programów telemedycyny i teletransmisji.

Wyznaczone w *Strategii sektorowej* zadania strategiczne, stanowią punkty odniesienia do których należy dążyć. Umożliwiają one wskazanie zmian zachodzących wskutek realizacji założeń Strategii przez poszczególne podmioty. Prezentacja zmian jest możliwa dzięki opracowaniu wskaźników ilościowych i jakościowych, które z uwagi na proces zachodzących zmian, podlegają modyfikacji i dostosowaniu do badanego okresu. Do stosunkowo nowych aspektów w organizacji ochrony zdrowia zaliczyć należy: wnioskowanie o środki zewnętrzne – unijne i pozaunijne, usługi telemedyczne, konsolidacje oraz outsourcing usług szpitalnych.

Strategia sektorowa została podzielona na następujące działy do których przyporządkowane są wskaźniki:

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

Podstawowym narzędziem badawczym wykorzystanym w procesie oceny stopnia wdrożenia Strategii jest kwestionariusz ankiety. Po raz pierwszy arkusz został opracowany w 2003 r. i w każdym kolejnym okresie sprawozdawczym podlegał modyfikacji z uwagi na wskaźniki oraz istotne zmiany zachodzące w opiece zdrowotnej. Wprowadzane zmiany w strukturze i treści ankiety również miały na celu uzyskanie większego poziomu zwrotności ankiet.

W 2011 r. kwestionariusz ankiety po raz piąty został rozpowszechniony wśród samorządów gminnych i powiatowych oraz wśród publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

W piątym okresie sprawozdawczym zwrotność informacji osiągnęła poziom 79 % i jest to najlepszy wynik w stosunku do czterech ostatnich okresów sprawozdawczych. Procentową analizę poziomu zwrotności kwestionariuszy ankiety w pięciu kolejnych okresach sprawozdawczych przedstawiono w poniższej tabeli.

Tab. 2 Procentowa analiza poziomu zwrotności ankiet w pięciu kolejnych okresach sprawozdawczych

Podmiot	I okres	II okres	III okres	IV okres	V okres
Starostwa powiatowe	71%	76%	81%	90%	81%
Urzędy miast i gmin	53%	74%	67%	73%	78%
Jednostki resortowe	60%	83%	83%	33%	67%
Jednostki kliniczne	50%	50%	50%	100%	100%
Jednostki samorządu województwa	100%	100%	100%	100%	93%
ogółem	66%	76%	74%	76%	79%

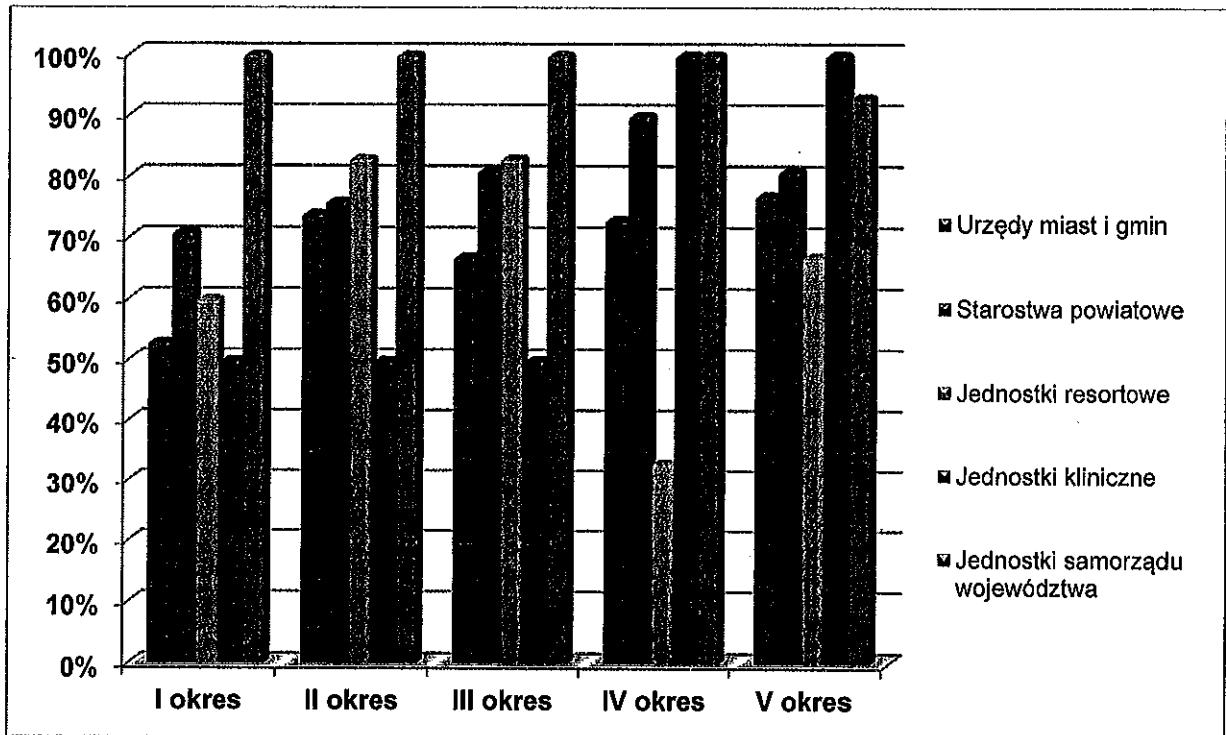
Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie ankietyzacji

W wyniku piątej ankietyzacji 100% poziom zwrotności ankiet uzyskano ze szpitali klinicznych. Zwrotność ankiet z jednostek podległych samorządowi województwa wynosiła 93% - odpowiedzi nie udzielił Portowy SP ZOZ w Szczecinie, będący w tym czasie w likwidacji. Wśród szpitali resortowych informacji nie przekazały: Szpital MSWiA w Szczecinie oraz Szpital MSWiA w Kańsku. Odnotowano wzrost poziomu zwrotności ankiet z samorządów gminnych (ankiety przekazało 86 podmiotów) oraz spadek w przypadku samorządów powiatowych (z 90% do 81%).

Podsumowując: podmioty zaangażowane w realizację Strategii sektorowej ochrony zdrowia z każdym kolejnym okresem sprawozdawczym chętniej uczestniczą w procesie monitorowania. Konsekwentny proces ewaluacji wpływa na zaangażowanie się coraz to większej liczby samorządów gminnych – w pierwszym monitoringu *Strategii* udział wzięło 53% samorządów gminnych, zaś w piątym okresie sprawozdawczym udział podmiotów zwiększył się o 25% i wynosi 78%. Niepokojącym jest jednak fakt nie przekazania danych od istotnych z punktu widzenia Strategii, uczestników monitoringu, np.: szpitali resortowych, w przypadku których pozyskanie danych z dodatkowych źródeł jest utrudnione. Statystyka publiczna nie ujmuje w swoich zestawieniach danych o jednostkach resortowych, stąd też brak danych przekazanych z jednostek skutkuje brakiem informacji sprawozdawczej. W odniesieniu do samorządów powiatowych w poprzednim okresie sprawozdawczym dane nie zostały przekazane od powiatu gryfickiego i kamieńskiego. Podobnie jest w V okresie sprawozdawczym, gdzie informacji nie przekazał powiat gryficki, kamieński, drawski i kołobrzeski.

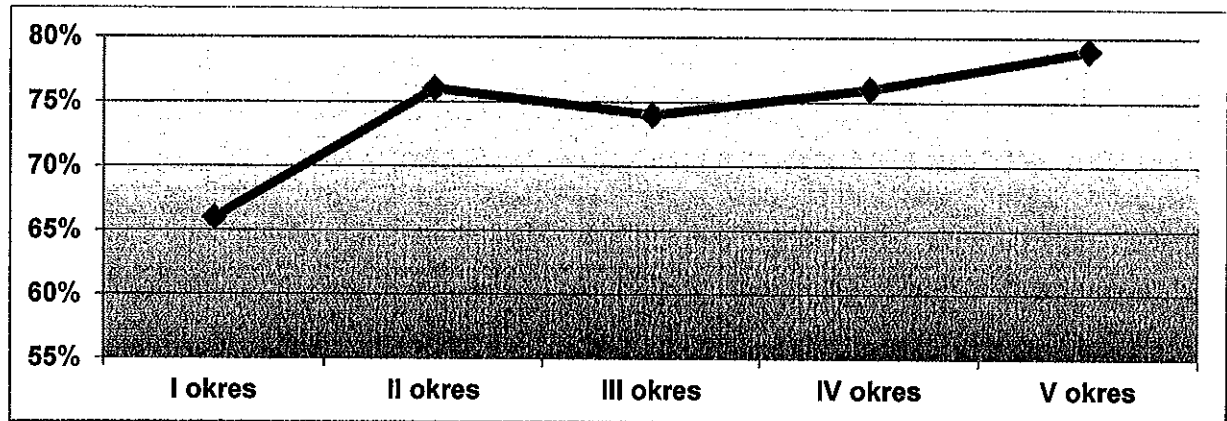
Poziom zwrotności ankiet przez poszczególne grupy ankietowanych podmiotów w pięciu okresach sprawozdawczych zaprezentowano na wykresie 1. Wykres 2 obrazuje globalną zwrotność ankiet w pięciu okresach.

Wyk 1. Porównanie poziomu zwrotności ankiet przez grupy ankietowanych w poszczególnych okresach sprawozdawczych



Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie ankietyzacji

Wyk 2. Porównanie poziomu zwrotności ankiet w poszczególnych okresach sprawozdawczych



Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie ankietyzacji

A. MODEL SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

ORGANIZACJA SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

Strategia sektorowa w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego zakłada, że osiągnięcie założonych kierunków i zadań jest konsekwencją realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego obowiązków w zakresie ochrony zdrowia. Tendencje do podejmowania określonych działań przez samorządy terytorialne w obszarze ochrony zdrowia ulegały zmianom. Obecnie obserwuje się konsekwentne, wieloletnie strategie działań, które koncentrują się przede wszystkim na zwiększaniu roli zadań związanych z profilaktyką i promocją zdrowia, zaś redukcji uległy działania związane z pełnieniem funkcji organu tworzącego oraz działania związane z przekształceniami i prywatyzacją.

W **pierwszym okresie sprawozdawczym** samorządy koncentrowały się przede wszystkim na wypełnianiu funkcji organu tworzącego oraz na tworzeniu nowych zoz-ów na bazie zakładów likwidowanych w całości lub w części. Nie praktykowano wówczas współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ).

Drugi okres sprawozdawczy charakteryzował się wieloma zmianami w organizacji ochrony zdrowia. Zmianie uległy priorytety - samorządy terytorialne spotęgowały swoje działania w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia, przeciwdziałania uzależnieniom i pomocy osobom niepełnosprawnym. Poprawiła się współpraca z NFZ. Coraz trudniejsze zaś było oddziaływanie samorządów na przekształcane z publicznych, niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej.

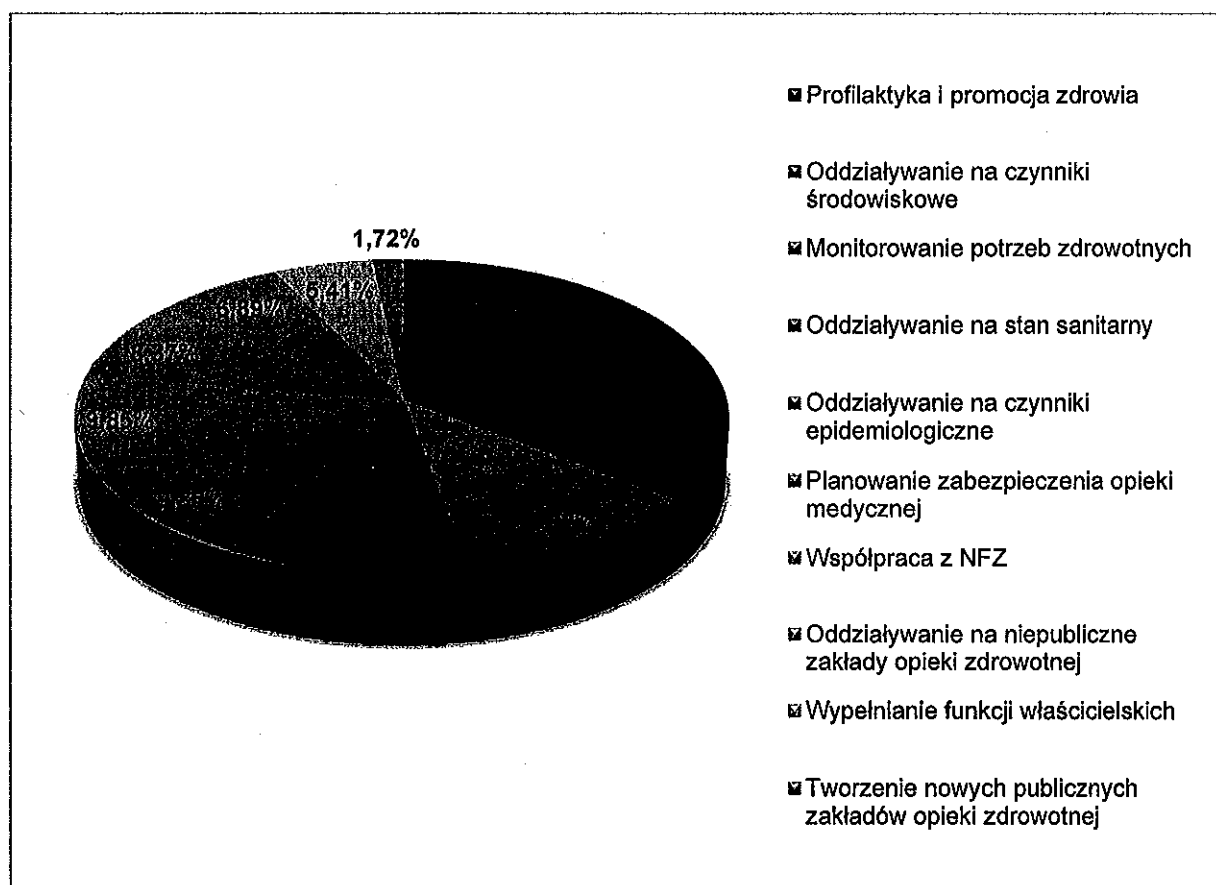
W **trzecim okresie sprawozdawczym** samorządy konsekwentnie redukowały działania w zakresie wypełniania funkcji organu tworzącego wobec sp zoz. Decyzje o prywatyzacji i przekształceniach były bardzo nieliczne. Podobnie jak w drugim okresie sprawozdawczym, priorytetem okazały się: profilaktyka i promocja zdrowia, przeciwdziałanie uzależnieniom i pomoc osobom niepełnosprawnym. Skoncentrowano się również na planowaniu opieki zdrowotnej i dostosowaniu zakładów do wymogów fachowo-sanitarnych.

Czwarty okres sprawozdawczy to kontynuacja działań z poprzedniego okresu sprawozdawczego: samorządy redukowały swoje działania w zakresie wypełniania funkcji organu tworzącego sp zoz, a decyzje o prywatyzacji lub przekształceniach podejmowane były bardzo rzadko. Zasadnicze działania dotyczyły przeciwdziałania alkoholizmowi i narkomanii, pomocy osobom niepełnosprawnym i ich rodzinom oraz inicjowania działań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia. W tym okresie odnotowano również zwiększone zainteresowanie samorządów w zakresie oddziaływania na czynniki środowiskowe oraz monitoringiem potrzeb zdrowotnych i diagnozowaniem lokalnej sytuacji zdrowotnej.

W aktualnie analizowanym, **piątym okresie sprawozdawczym**, charakterystycznym jest **utrzymanie się tendencji z poprzednich okresów sprawozdawczych**. Samorzady konsekwentnie odchodziły od tworzenia nowych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz wypełniania funkcji właścicielskich. **Do najczęściej podejmowanych działań należało wypełnianie zadań związane z profilaktyką i promocją zdrowia**, a także zadania związane z **oddziaływaniem na czynniki zdrowotności**: epidemiologię, stan sanitarny, czynniki środowiskowe, czy też prowadzeniem działań związanych z monitorowaniem potrzeb zdrowotnych oraz planowaniem zabezpieczenia opieki medycznej.

Na wykresie poniżej zaprezentowano trend w działaniach podejmowanych przez jednostki samorządu terytorialnego w badanym okresie sprawozdawczym.

Wyk 3. Działania samorządów terytorialnych w piątym okresie sprawozdawczym



Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie ankietyzacji

Zadania jednostek samorządu terytorialnego w zakresie promocji i ochrony zdrowia regulują ustawy samorządowe. Biorąc pod uwagę powyższe oraz analizując informacje sprawozdawcze z całego okresu realizacji *Strategii sektorowej* uważa się, że **brak komórek organizacyjnych odpowiedzialnych za sprawy ochrony zdrowia w urzędach jest niekorzystny dla realizacji przyjętych celów i zamierzeń.**

W placym okresie sprawozdawczym odnotowano, że:

- w dalszym ciągu w większości samorządów gminnych (wójtowie) brakuje komórek organizacyjnych odpowiedzialnych za realizację zadań związanych z ochroną zdrowia. Z 45 gmin, które wypełniły ankietę, aż 34 nie posiada komórki organizacyjnej zajmującej się ~~sprawami ochrony zdrowia. W pozostałych przypadkach sprawy związane ze zdrowiem~~ są głównie realizowane jako zadania dodatkowe w innych komórkach, bądź są to stanowiska łączone, np.: stanowisko ds. kancelaryjno-technicznych i zdrowia, czy też stanowisko ds. promocji, kultury, zdrowia. Nieliczne gminy mają utworzone w swojej strukturze referaty ds. zdrowia, zwykle są one połączone z zadaniami z innych obszarów, tj.: referat edukacji i zdrowia, czy też referat oświaty, kultury i zdrowia,
- samorzady miejsko-wiejskie i miejskie (burmistrzowie i prezydenci), częściej mają wyodrębnione komórki ds. ochrony zdrowia. Obszar zdrowia łączony jest też z innymi obszarami, najczęściej ze sprawami społecznymi, edukacją (oświatą), kulturą, sportem, ale także działalnością organizacyjno-prawną, czy planowaniem i rozwojem gospodarczym,
- w samorządach powiatowych w większości przypadków są wyodrębnione komórki organizacyjne, którym powierza się zadania związane z ochroną zdrowia. Tylko 3 z 19 powiatów, które przekazały ankietę nie posiada w swojej strukturze komórki ds. zdrowia. Z reguły za zadania odpowiedzialne są wydziały, które swoim zakresem zadaniowym obejmują także obszary: polityki społecznej, np. wydział zdrowia i polityki społecznej, wydział spraw społecznych i zdrowia, wydział polityki społecznej. Inne wydziały realizujące zadania z zakresu ochrony zdrowia to np. wydział funduszy zewnętrznych, współpracy i rozwoju.
- zadania na poziomie samorządu województwa realizowane są przez wieloosobowy wydział, tj. wydział zdrowia (15 pracowników).

Mając na względzie powyższe, stwierdza się, że niektóre samorzady nie podejmują w sposób wystarczający działań zmierzających do prawidłowej organizacji i funkcjonowania ochrony zdrowia na podległym terenie. Samorzady nie zapoznają się ze Strategią Rozwoju Województwa i jej dokumentami operacyjnymi (w tym ochrony zdrowia). Rzadko też biorą udział w konsultacjach społecznych. Sprawy zdrowia często są traktowane jako zadanie dodatkowe do pełnienia innych ustawowych obowiązków. W gminach wyraźnie brakuje stanowisk, które w swoim zakresie kompetencji kierowałyby sprawami ochrony zdrowia, bowiem prywatyzacja instytucji lekarza rodzinnego, nie zwalnia gminy z obowiązków ustawowych.

Dodatkowo niepokojącym jest **fakt nielicznego opracowywania przez samorzady terytorialne lokalnych strategii rozwoju i zabezpieczenia opieki zdrowotnej**, co jest równoznaczne z brakiem długofalowego planowania działań zmierzających do poprawy dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych oraz profilaktyki zdrowotnej, a tym samym warunków zdrowotnych mieszkańców. Najczęściej działania strategiczne związane z zabezpieczeniem opieki zdrowotnej są zawierane w strategiach rozwoju, i tak np.:

1. Gmina Dolice posiada „Strategię Rozwoju Gminy Dolice na lata 2007 – 2015, w której przyjęto za kierunek działania zwiększenie wiedzy i motywacji młodzieży do higienicznego stylu życia,
2. Powiat białogardzki – „Strategia Rozwoju Powiatu Białogardzkiego 2000 – 2015” – zawiera m.in. planowane do wykonania zadania w zakresie restrukturyzacji systemu opieki zdrowotnej na terenie powiatu.
3. Powiat pyrzycki – „Strategia Rozwoju Powiatu Pyrzyckiego” – jednym z głównych założeń jest rozwój powiatowych placówek ochrony zdrowia.

Szczególnie pozytywnym przykładem jest gmina Rewal, która opracowała „Strategię Rozwoju Ochrony Zdrowia do 2015 r.”, w ramach której podejmowane są działania zmierzające do poprawy opieki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem podstawowej opieki zdrowotnej, jak i ratownictwa.

WSPÓŁPRACA ZAGRANICZNA

Współpraca zagraniczna województwa zachodniopomorskiego z innymi regionami Europy w zakresie ochrony zdrowia dotyczy wzajemnej wymiany doświadczeń i realizacji wspólnych inicjatyw regionów współpracujących. Ze względu na geopolityczne położenie regionu, współpraca międzynarodowa w zakresie ochrony zdrowia odbywała się głównie z Republiką Federalną Niemiec, a w szczególności z Krajami Związkowymi Meklemburgią i Brandenburgią.

W latach 2009-2010 współpraca zagraniczna Samorządu Województwa Zachodniopomorskiego w zakresie ochrony zdrowia skupiała się na realizowaniu wspólnych projektów unijnych oraz wymianie informacji i doświadczeń w zakresie organizacji i funkcjonowania opieki zdrowotnej.

Realizacja projektu *BORDERNETwork*

Od 2010 r. jest kontynuowany projekt *BORDERNETwork* pn. *„Wysoce aktywna prewencja: poprawa prewencji, diagnostyki i terapii HIV/AIDS/chorób przenoszonych drogą płciową transsektorowej i transgranicznej w Europie Środkowej i Wschodniej (CEE) i Południowo-Wschodniej (SEE)*. Ideą projektu *BORDERNETwork* jest prowadzenie szerokiej współpracy z podmiotami i organizacjami pozarządowymi oraz partnerami zagranicznymi. Projekt, oprócz Polski i Niemiec, jest jednocześnie realizowany w: Austrii, Bułgarii, Estonii, Litwie, Rumunii i Słowacji.

W województwie zachodniopomorskim koordynatorem projektu jest Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie. Zadania realizowane w ramach projektu są dofinansowane z budżetu Unii Europejskiej (60%) i budżetu województwa zachodniopomorskiego (40%).

Organizacje biorące udział w projekcie tworzą interdyscyplinarne sieci w swoich regionach i wspólnie realizują obszary tematyczne w celu pogłębiania wymiany doświadczeń i wiedzy oraz ujednoczenia standardów i wykorzystania najlepszych rozwiązań regionalnych krajów Unii Europejskiej w zakresie prewencji i diagnostyki HIV i STI. Województwo zachodniopomorskie tworzy tandem współpracujący transgranicznie z Krajem Związkowym Meklemburgia-Pomorze Przednie, który opiera się m.in. na współpracy w celu poprawy stanu profilaktyki i wiedzy na temat ryzyka HIV/AIDS i STI, metod profilaktycznych, diagnostycznych i leczniczych.

Podstawowym celem programu jest poprawa dostępności działań profilaktycznych w zakresie HIV/AIDS i STI i ograniczenie rozpowszechniania nosicielstwa wirusa HIV, HCV, chlamydii i kiły. Głównymi zadaniami projektu BORDERNETwork w województwie zachodniopomorskim jest: prowadzenie profilaktyki wśród młodzieży, szkolenia nauczycieli, policjantów i pracowników medycznych, międzynarodowa wymiana doświadczeń między ekspertami i specjalistami medycznymi oraz zwiększenie dostępności do wczesnej diagnostyki HIV i innych chorób przenoszonych drogą płciową poprzez coroczne uruchamianie dodatkowego punktu konsultacyjno-diagnostycznego w kierunku wykrycia zakażeń HIV, HCV, chlamydii i kiły.

Cyklicznie od kilku lat organizowane są Młodzieżowe Dni Filmowe dla szkół ponadgimnazjalnych o tematyce zagrożenia wirusem HIV w różnych miastach województw, m.in. Szczecin, Świnoujście, Kamień Pomorski, Stargard Szczeciński. Pokazom filmu towarzyszyło rozstrzygnięcie konkursu nt. profilaktyki HIV/AIDS i prezentacja materiałów promocyjno-edukacyjnych. Corocznie Wydział Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego we współpracy z Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym w Szczecinie organizuje Konferencję z okazji Światowego Dnia AIDS. Uczestnikami konferencji jest młodzież licealna i akademicka.

Realizacja projektu „Telemedycyna w Euroregionie Pomerania – sieć Pomerania”

Realizacja projektu Telemedycyna w Euroregionie Pomerania odbywała się w ramach programu INTERREG IVA. Podjęto szereg inicjatyw mających na celu podnoszenie jakości opieki zdrowotnej w województwie za pomocą innowacyjnych rozwiązań z zastosowaniem technologii teleinformatycznych. Służą one zapobieganiu chorobom, diagnostyce, leczeniu, kontroli procesów, a także obsłudze pacjenta oraz wymianie informacji medycznej i statystycznej w systemie ochrony zdrowia.

Priorytetowym celem projektu jest udostępnienie pacjentom możliwości korzystania ze specjalistycznych procedur medycznych, wykonywanych w ośrodkach zlokalizowanych w znacznych odległościach geograficznych, włączając w to możliwość przekazywania danych medycznych w obszarze transgranicznym.

Telemedycyna daje możliwość koncentracji diagnozy przypadków rozproszonych na dużym obszarze w określonych ośrodkach specjalistycznych. W ten sposób udostępnia się mniejszym jednostkom specjalistyczne usługi z zakresu techniki medycznej przez całą dobę i 7 dni w tygodniu, bez względu na odległość geograficzną.

Telemedycyna może obejmować wykonywanie usług medycznych m. in. z zakresu: teleradiologii, (przesyłanie obrazowych wyników badań RTG, tomografii komputerowej, USG, rezonansu magnetycznego czy mammografii), telekardiologii (bieżący przesył wyników badań EKG), telepatomorfologii (możliwość zdalnej oceny badań tkanek i narządów), telekonsultacji z pacjentem czy wreszcie organizowania złożonych konsyliów lekarskich za pomocą videokonferencji.

W projekcie brały udział jednostki ochrony zdrowia zlokalizowane w obszarze Euroregionu Pomerania, tworzonego wspólnie przez województwo zachodniopomorskie i niemiecki Kraj Związkowy Meklemburgia-Pomorze Przednie. Projekt był realizowany przez 13 podmiotów zlokalizowanych na terenie województwa zachodniopomorskiego i 21 szpitali po stronie niemieckiej.

Podmioty województwa zachodniopomorskiego uczestniczące w projekcie:

- 1) Pomorski Uniwersytet Medyczny - Zakład Genetyki i Zakład Patomorfologii
- 2) Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie
- 3) Specjalistyczny Szpital im. prof. Alfreda Sokolowskiego w Szczecinie Zdunowie
- 4) Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie
- 5) Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach
- 6) Regionalny Szpital w Kołobrzegu
- 7) Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie
- 8) Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc w Koszalinie
- 9) Szpital w Polczynie Zdroju
- 10) Szpital Powiatowy w Białogardzie
- 11) Szpital w Barlinku
- 12) Szpital w Stargardzie Szczecińskim
- 13) Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 2 w Szczecinie

Koordynatorem projektu w województwie zachodniopomorskim był Pomorski Uniwersytet Medyczny. Całkowita wartość projektu wynosiła 13 325 951 Euro, w tym po stronie polskiej 7 776 861 Euro.

Współpraca z Krajem Związkowym Brandenburgia

Współpraca odbywała się pomiędzy Ministerstwem Środowiska, Zdrowia i Ochrony Konsumenta Kraju Związkowego Brandenburgia a instytucjami z województwa zachodniopomorskiego, lubuskiego i wielkopolskiego w ramach utworzonej grupy projektowej ds. koordynacji transgranicznej współpracy w obszarach ochrony środowiska/przyrody, zdrowia i ochrony konsumenta.

Celem współpracy jest wzajemna prezentacja i wymiana informacji o strukturach i priorytetach politycznych w województwach partnerskich oraz o przyszłych celach w dążeniu do wsparcia w pozyskiwaniu środków z UE na wdrażanie polsko-niemieckich działań.

W badanym okresie odbywały się spotkania z przedstawicielami brandenburskiego ministerstwa i partnerami z urzędów marszałkowskich województwa lubuskiego i zachodniopomorskiego mające na celu wyjaśnienie szczegółowych interesów regionów partnerskich w ramach transgranicznej dziedziny zdrowia. Podczas spotkań omawiano zadania, obowiązki i strukturę organizacyjną instytucji zarządzających systemem ochrony zdrowia. Dyskutowano nad aktualnymi projektami i programami dotyczącymi opieki zdrowotnej, zdrowia, profilaktyki uzależnień i telemedycyny.

Przy okazji corocznej Konferencji z okazji Światowego Dnia AIDS odbyło się spotkanie robocze z delegacją z Niemiec. Zaprezentowano konferencję jako jedną z form działań profilaktyczno-edukacyjnych wśród młodzieży w zakresie prewencji HIV/AIDS. Również odbyło się spotkanie w Poczdamie na temat organizacji opieki psychiatrycznej. Zapoznano się z systemem organizacji i formami psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Niemczech oraz zadaniami Centrum Psychiatrycznego w Poczdamie. Uczestnikami spotkania byli przedstawiciele szpitali psychiatrycznych, lekarze, ordynatorzy oddziałów psychiatrycznych z województwa zachodniopomorskiego oraz Landu Brandenburgia.

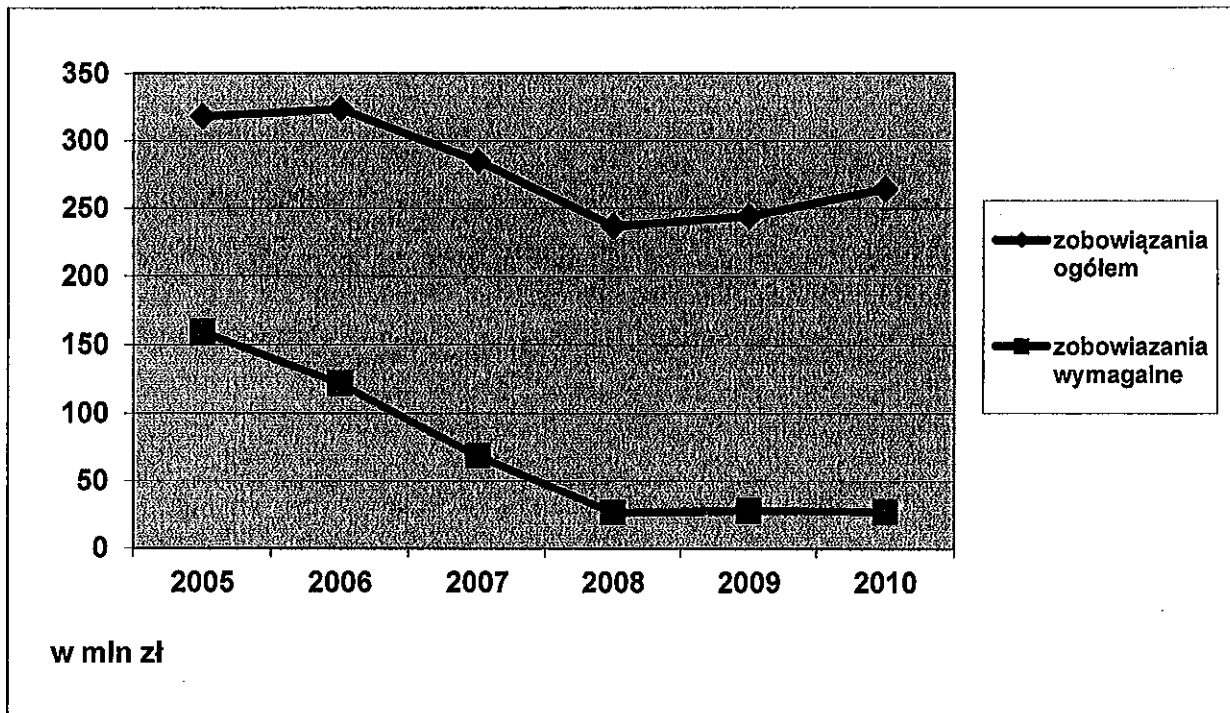
Efektom finalnym współpracy jest poszerzenie w 2010 r. oferty internetowej Ministerstwa Środowiska, Zdrowia i Ochrony Konsumenta Kraju Związkowego Brandenburgia poprzez utworzenie swojej strony internetowej w języku polskim www.mugv.brandenburg.de/info/pl.

PROGRAM RESTRUKTURYZACJI OCHRONY ZDROWIA

W piątym okresie sprawozdawczym sektor ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego nie korzystał w zasadzie z ustawowych programów umożliwiających restrukturyzację samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Zasadniczą przyczyną było utrzymanie w latach 2009-2010 dobrej kondycji finansowej, wynikającej z przeprowadzonych w latach 2005-2008 procesów restrukturyzacyjnych na podstawie *ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej*.

W wyniku korzystania z różnych form pomocy publicznej oraz realizacji programów restrukturyzacyjnych jednostki uzyskały znaczne efekty finansowe, głównie w postaci redukcji zobowiązań wymagalnych. Kształtowanie się zobowiązań samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim w wyniku restrukturyzacji finansowej prezentuje wykres 4.

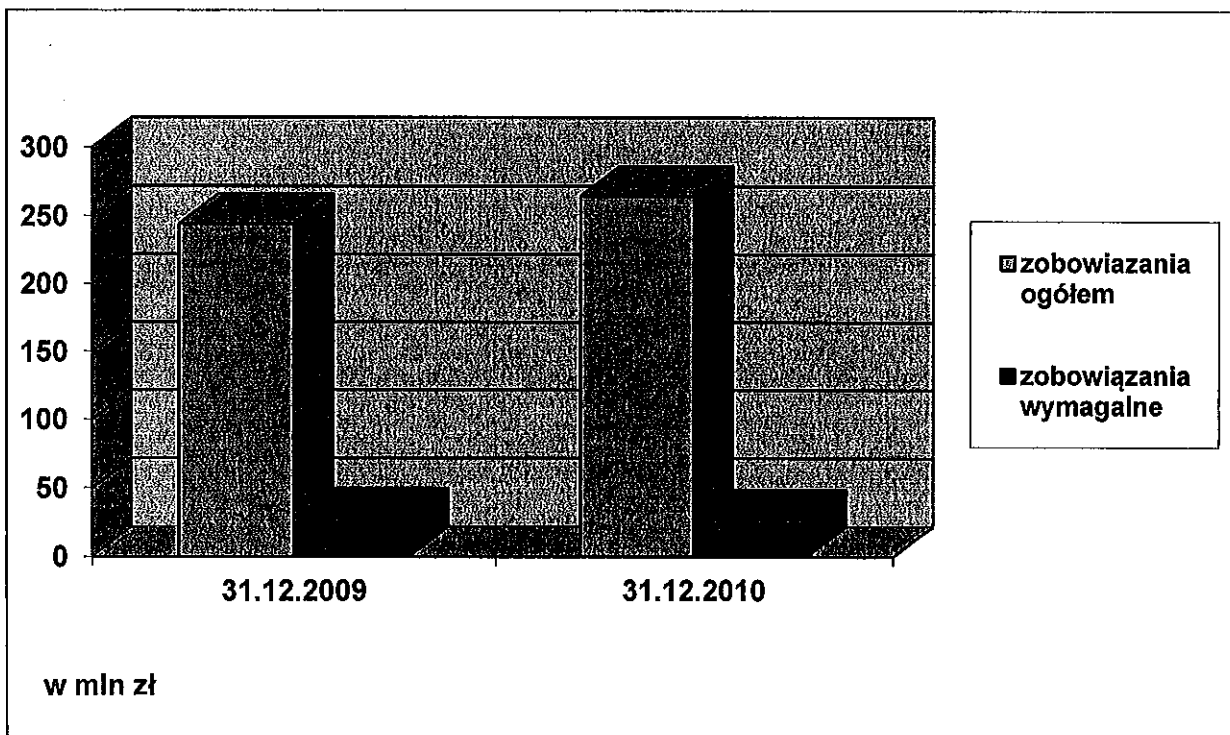
Wyk 4. Kształtowanie się zobowiązań SPZOZ województwa zachodniopomorskiego



Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie ankietyzacji

Stan zobowiązań samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w piątym okresie sprawozdawczym, tj. w latach 2009-2010 przedstawia wykres 5.

Wyk 5. Stan zobowiązań SPZOZ województwa zachodniopomorskiego



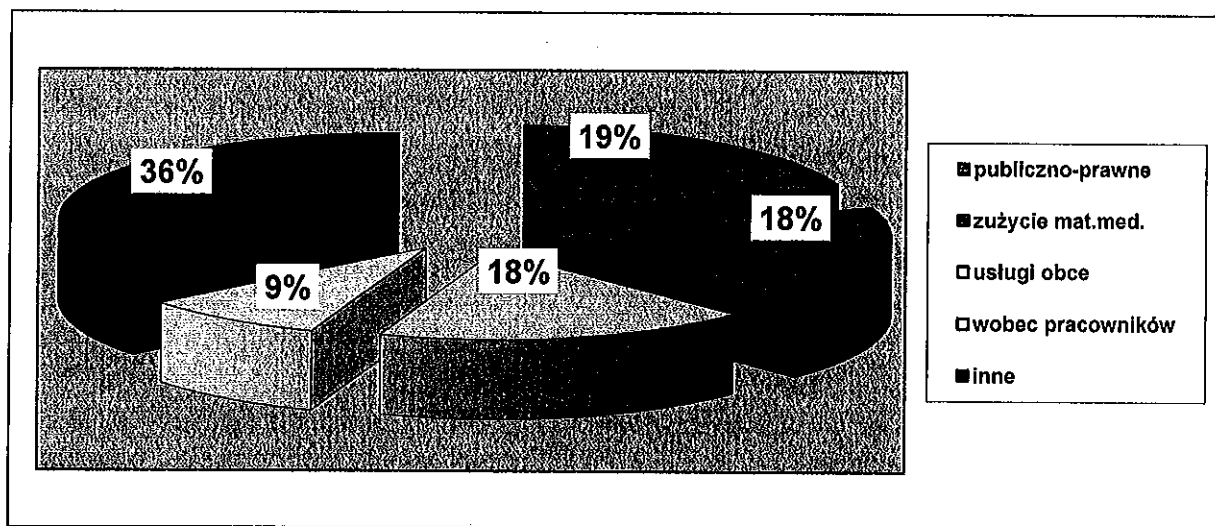
Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie ankietyzacji

Udział zobowiązań wymagalnych w zobowiązaniach ogółem wynosił w 2009 r. 11,5%, natomiast w 2010 r. – 10,2%.

Aż 28 na 46 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej województwa zachodniopomorskiego nie wykazywało w 2009 i 2010 r. zobowiązań wymagalnych, co stanowiło 60,9% SPZOZ działających na tym terenie.

Strukturę zobowiązań ogółem województwa zachodniopomorskiego w 2010 roku przedstawia wykres 6.

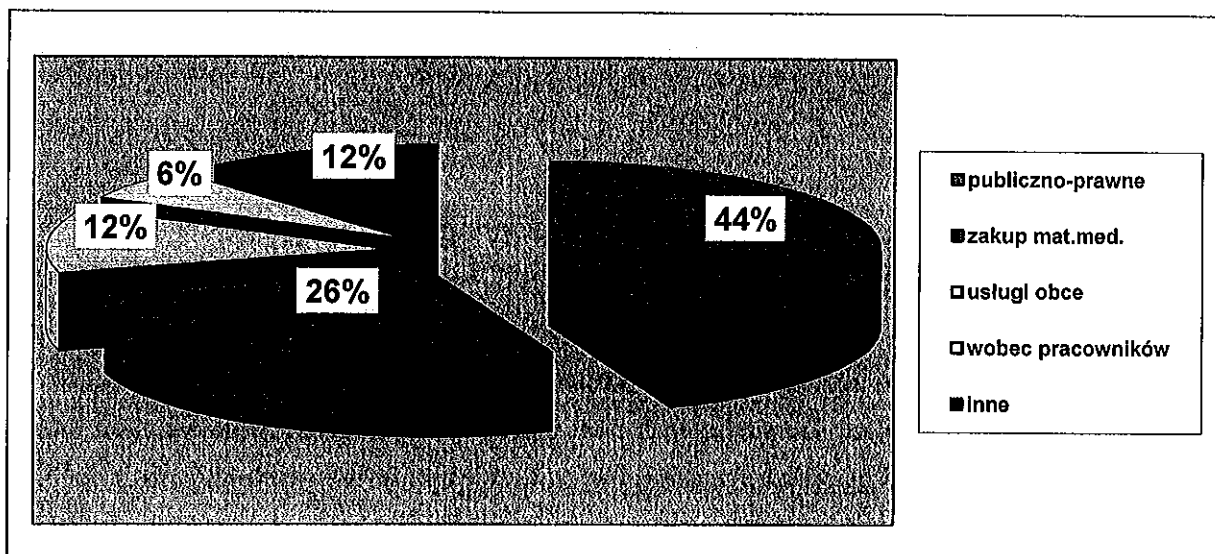
Wyk 6. Struktura zobowiązań ogółem SPZOZ w 2010 r.



Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie ankietyzacji

Strukturę zobowiązań wymagalnych województwa zachodniopomorskiego w 2010 roku przedstawia wykres 7.

Wyk 7. Struktura zobowiązań wymagalnych SPZOZ w 2010 r.



Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie ankietyzacji

Zobowiązania wymagalne wobec wierzycieli publicznoprawnych oraz wobec pracowników wykazywały głównie jednostki powiatowe. Wojewódzkie zakłady w latach 2009-2010 nie posiadały zadłużenia wobec fiskusa i wobec pracowników.

W piątym okresie sprawozdawczym procesy restrukturyzacyjne regulowała *Uchwała Nr 58/2009 Rady Ministrów z dnia 27 kwietnia 2009 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”*. Program zakładał pomoc publiczną z budżetu państwa dla jednostek samorządu terytorialnego na komercjalizację (przekształcenie w spółki) podległych im samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Na realizację programu w latach 2009-2011 przewidziano środki finansowe w wysokości 1 381 000 tys. zł. Wykonanie w 2009 roku w skali kraju wynosiło 41 045 tys. zł (3%), a w 2010 roku 169 780 tys. zł (12,3%). Powodem tak małego zainteresowania programem były między innymi: zbyt skomplikowane procedury związane ze zmianą formy prawnej SPZOZ, a w szczególności konieczność wcześniejszej likwidacji tych placówek, akceptacja wniosku o udział w programie przez liczne instytucje i organy (Bank Gospodarstwa Krajowego, Narodowy Fundusz Zdrowia, wojewodę i Ministerstwo Zdrowia), a także rygorystyczne warunki przyznawania pomocy z budżetu państwa.

Spośród jednostek samorządu terytorialnego województwa zachodniopomorskiego w programie uczestniczyły: powiat gryfiński oraz powiat goleniowski. Powiat gryfiński złożył wniosek do Ministerstwa Zdrowia o refundację zobowiązań przejętych po likwidacji Szpitala Powiatowego w Gryfinie (którego likwidacja nastąpiła przed dniem wejścia w życie *Uchwały*). Wniosek został zrealizowany w 2010 roku. Powiat otrzymał dotację z budżetu państwa w wysokości 706 351,29 zł. Wniosek powiatu goleniowskiego został pozostawiony bez rozpatrzenia przez Bank Gospodarstwa Krajowego.

WNIOSKI:

- 1. Samorządy terytorialne najczęściej koncentrowały swoje działania na realizacji zadań związanych z profilaktyką i promocją zdrowia przy jednoczesnym ograniczaniu funkcji właścicielskich.**
- 2. Brak podległych zakładów opieki zdrowotnej nie zwalnia jednostek samorządu terytorialnego z obowiązków ustawowych w zakresie promocji i ochrony zdrowia.**
- 3. Brak lub niedobór komórek organizacyjnych odpowiedzialnych za sprawy ochrony zdrowia w urzędach jest niekorzystny dla realizacji przyjętych celów i zamierzeń. Im niższy szczebel terytorialny, tym większe ograniczenia.**
- 4. Tylko nieliczne jednostki samorządu terytorialnego opracowują lokalne strategie rozwoju i zabezpieczenia opieki zdrowotnej.**

- 5. Położenie geograficzne i transgraniczne województwa zachodniopomorskiego powinno być lepiej wykorzystywane do rozwoju współpracy zagranicznej w zakresie ochrony zdrowia.**
 - 6. Przeprowadzone w poprzednim okresie procesy restrukturyzacyjne w jednostkach ochrony zdrowia i ich efekty były zasadniczą przyczyną niekorzystania w latach 2009-2010 z ustawowych programów restrukturyzacji.**
 - 7. Zobowiązania wymagalne (zadłużenie) wykazywały w dalszym ciągu głównie jednostki powiatowe z terenu województwa zachodniopomorskiego.**
-

B. ZARZĄDZANIE JAKOŚCIĄ OPIEKI MEDYCZNEJ

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

Zgodnie z definicją ustawową (*ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r.*) podstawowa opieka zdrowotna (POZ) to „*świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej*”.

Podstawowa opieka zdrowotna to instytucja lekarza rodzinnego, lekarza stomatologa, pielęgniarki i położnej środowiskowo-rodzinnej oraz pielęgniarki medycyny szkolnej, nad którymi zgodnie z delegacją ustawową nadzór sprawuje gmina.

Analizując dane z ankietyzacji, stwierdza się, że wypełnianie zadań ochrony zdrowia przez gminne jednostki samorządu terytorialnego jest niejednokrotnie postrzegane jako pełnienie funkcji właścicielskich nad zakładami opieki zdrowotnej. Niemniej jednak gminy najczęściej cedują zadania związane z zabezpieczeniem ochrony zdrowia na niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, funkcjonujące na ich terytorium (po przekształceniu przychodni rejonowych i ośrodków zdrowia). Rzadko też przekazują majątek na własność i często nie inwestują w swoje placówki. Tymczasem ustawa o samorządzie gminnym w zakresie działania i zadaniach gminy wyraźnie określa zadania własne gminy jako sprawy ochrony zdrowia, pomocy społecznej, bezpieczeństwa obywateli, czy też polityki prorodzinnej, rozumianej jako m.in.: zapewnienie kobietom w ciąży opieki medycznej. Tym samym należy podkreślić, że samorzady gminne ponoszą odpowiedzialność za właściwe funkcjonowanie opieki zdrowotnej na poziomie podstawowym. Brak kontroli oraz monitoringu dostępności i jakości świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej jest naruszeniem zadań własnych.

W większości samorzady nie pełnią roli organizatora i nadzorca nad realizacją zadań w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i stomatologii. Tylko 22 gminy na 114 przedstawiły sposoby i zakres prowadzonego nadzoru, tym samym określając go jako m.in.:

1. udostępnianie i dzierżawę pomieszczeń na gabinety lekarskie,
2. bezpłatne użyczenie powierzchni,
3. wsparcie finansowe i organizacyjne,
4. systematyczny monitoring udzielanych świadczeń w ramach POZ,
5. cykliczną sprawozdawczość i jej analizę,
6. badanie opinii wśród mieszkańców,
7. współpraca z NZOZ i negocjacje dot. podniesienia jakości udzielanych świadczeń,
8. zapewnienie dostępu do nocnej i weekendowej opieki zdrowotnej,
9. zapewnienie opieki medycznej w szkołach.

Zdecydowana większość placówek medycznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej funkcjonuje jako niepubliczny zakład opieki zdrowotnej i stale ich przybywa. **Według danych z NFZ**

w 1999 roku liczba podmiotów POZ wynosiła 174, natomiast w 2010 roku funkcjonowało 456 podmiotów. Aktualna liczba jednostek jest większa w stosunku do roku 2008. Poniżej w tabeli przedstawiono zmiany w liczbie podmiotów POZ w porównaniu do poprzednich okresów sprawozdawczych.

Tab. 3 Liczba podmiotów POZ ogółem w latach 2002-2010

Lata/ zakłady POZ ogółem	2002	2004	2006	2008	2010
	364	411	468	447	456

Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie ankietyzacji

Zgodnie z dostępnymi danymi statystycznymi odnotowano nieznaczną tendencję wzrostową w odniesieniu do liczby zatrudnionych lekarzy w POZ. Podstawowa opieka zdrowotna zatrudnia 948 lekarzy z czego 371 stanowią lekarze rodzinni, 197 lekarze pediatrzy, pozostali zaś (306) to lekarze posiadający inne specjalizacje. W porównaniu do 1999 r. liczba lekarzy zwiększyła się o 206. W 2010 r. odnotowano spadek w liczbie zatrudnionych pielęgniarek w POZ – z 1 406 pielęgniarek w 2008 r. do 1 371 pielęgniarek w 2010 r.

W dalszym ciągu wzrasta liczba udzielanych porad. W 2010 r. liczba udzielonych porad wynosiła 3 747 829 (wskaźnik na 1 mieszkańca – 2,21). Największy wskaźnik liczby porad przypadających na 1 mieszkańca odnotowano w mieście Koszalinie (4,4) oraz w Szczecinie (4,2), zaś najmniejszy w powiecie koszalińskim (0,2), choszczeńskim i świdwińskim (0,8).

Tab. 4 Liczba lekarzy i pielęgniarek zatrudnionych w POZ w latach 1999-2010

Lata/ liczba lekarzy i pielęgniarek	1999	2006	2008	2010
Lekarze	742	910	947	948
Pielęgniarki	1 310	1 336	1 406	1 371

opracowanie na podstawie danych z Oddziału Zdrowia Publicznego Wydziału Polityki Społecznej
Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego

Zwiększenie liczby lekarzy rodzinnych ma swoje odzwierciedlenie w wielkości podległej populacji. Przyjęta liczba wskaźnikowa to $2\,500 \pm 10\%$ pacjentów na 1 lekarza. Zgodnie z danymi Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (ZOW NFZ) w badanym okresie na 1 lekarza rodzinnego przypadało 1 494 pacjentów, podczas gdy w poprzednim okresie prezentowana wartość wynosiła 2 062 pacjentów. Tak istotny spadek może być podyktowany zachodzącymi zmianami demograficznymi, migracją mieszkańców i zachodzącymi zmianami organizacyjnymi wśród poszczególnych podmiotów POZ. Dane ZOW NFZ prezentują również liczbę pacjentów przypadających na:

- 1 pielęgniarkę środowiskowo rodzinną – 2 013 pacjentów,
- 1 położną – 2 910 pacjentek,
- 1 pielęgniarkę szkolną – 373 uczniów.

Liczba lekarzy dentystów na terenie całego województwa stale rośnie. W 2002 r. liczba lekarzy dentystów wynosiła 749, podczas gdy w 2010 r. osiągnęła wartość 1 200 lekarzy. Systematycznie wzrasta także wskaźnik zatrudnienia lekarzy dentystów na 10 tys. mieszkańców, który osiągnął w 2010 r. wartość 7,1. Konsekwentnie do poprzednich okresów sprawozdawczych następowała prywatyzacja usług medycznych w zakresie stomatologii – 96,5% ogółu lekarzy dentystów jest zatrudnionych w zakładach niepublicznych. Dane dotyczące liczby lekarzy i wskaźników zatrudnienia zaprezentowano w tabelach poniżej.

Tab. 5 Liczba lekarzy dentystów w latach 2002-2010

Lata/liczba lekarzy	2002	2004	2006	2008	2010
Liczba lekarzy dentystów ogółem	749	914	1 022	1 023	1 200
w tym					
w publicznych zakładach	173	152	178	47	42
w niepublicznych zakładach	339	458	481	652	761
w gabinetach prywatnych	237	304	363	324	397

opracowanie na podstawie danych z Oddziału Zdrowia Publicznego Wydziału Polityki Społecznej
Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego

Tab. 6 Wskaźnik zatrudnienia lekarzy dentystów na 10 tys. osób w latach 2002-2010

Lata	2002	2004	2006	2008	2010
Zachodniopomorskie	4,4	5,4	6,0	6,0	7,1

opracowanie na podstawie danych z Oddziału Zdrowia Publicznego Wydziału Polityki Społecznej
Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego

Wraz ze wzrostem liczby lekarzy dentystów, odnotowano wzrost wskaźnika liczby porad stomatologicznych na 1 mieszkańca. W 2010 r. wskaźnik ten wynosił 0,9. Na przestrzeni lat 2009 - 2010 wzrosła liczba porad stomatologicznych w zakresie stomatologii zachowawczej, ortodoncji i chirurgii stomatologicznej. Spadek odnotowano w poradnictwie protetycznym.

W poniższych tabelach przedstawiono dane dotyczące liczby udzielonych porad stomatologicznych w zachodniopomorskim i stosowne wskaźniki.

Tab. 7 Wskaźnik porad stomatologicznych na 1 mieszkańca w latach 2002-2010

Lata	2002	2004	2006	2008	2010
Zachodniopomorskie	0,8	0,8	0,9	0,7	0,9

opracowanie na podstawie danych z Oddziału Zdrowia Publicznego Wydziału Polityki Społecznej
Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego

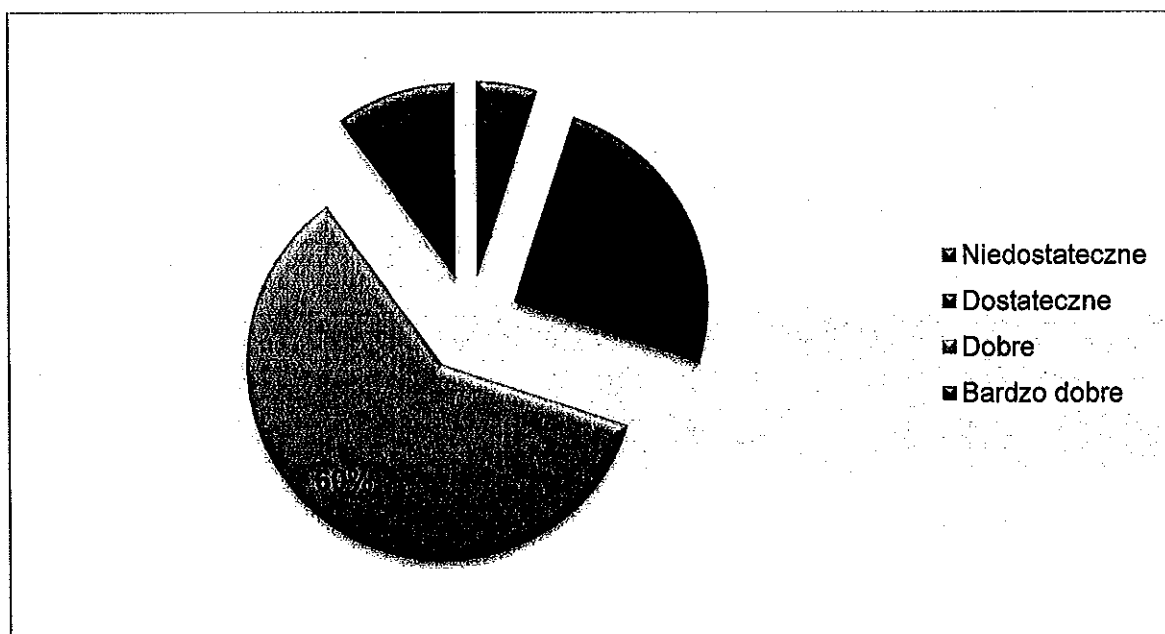
Tab. 8 Liczba porad stomatologicznych z podziałem na poradnie w latach 2002-2010 r.

Liczba porad ogółem	2002	2006	2008	2010
	1 311 363	1 443 912	1 265 110	1 545 620
w tym				
stomatologia zachowawcza	1 190 214	1 277 442	1 090 874	1 368 993
ortodoncja	45 352	86 818	87 865	92 652
protetyka	35 712	42 742	51 615	46 352
chirurgia stomatologiczna	40 085	36 910	34 756	37 623

opracowanie na podstawie danych z Oddziału Zdrowia Publicznego Wydziału Polityki Społecznej
Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego

W wyniku ankietyzacji otrzymano dane dotyczące oceny warunków panujących w zakładach opieki zdrowotnej na terenie gminy. Zgodnie z wynikami **ogólna ocena warunków panujących w zakładach była na poziomie dobrym**. Podmioty udzielające świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej ponosiły koszty związane z zabezpieczeniem optymalnej dostępności lekarza, pielęgniarki i stomatologa oraz badań diagnostycznych, a także zabezpieczeniem odpowiednich warunków technicznych, sanitarnych i lokalowych oraz dostępności aparatury i sprzętu medycznego. Poniższy wykres prezentuje ocenę warunków w zakładach POZ w skali czterostopniowej w procentach.

Wyk. 8. Ocena warunków panujących w zakładach POZ w piątym okresie sprawozdawczym



Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie ankietyzacji

Aspektem najczęściej ocenianym jako „niedostateczny” jest dostęp do usług stomatologicznych. Gminy, min.: Nowogródek Pomorski oraz Radowo Małe wskazywały na brak stomatologa na terenie gminy oraz problem z zatrudnieniem lekarza tej specjalności.

WNIOSKI:

- 1. Samorządy gminne w większości nie podejmują działań związanych z kontrolą i monitoringiem funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej na podległym terenie.**
- 2. Zdecydowana większość placówek medycznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej funkcjonuje jako niepubliczny zakład opieki zdrowotnej.**
- 3. Wraz ze wzrostem liczby lekarzy rodzinnych i na bazie zmian demograficznych zmniejsza się liczba pacjentów przypadająca na 1 lekarza.**
- 4. Pomimo stale rosnącej liczby lekarzy dentystów, nadal wiele gmin podaje utrudniony dostęp do usług stomatologicznych.**
- 5. Zdaniem ankietowanych gmin, ogólna ocena warunków techniczno-sanitarnych w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej była na poziomie dobrym.**

AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna według ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych to „udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych”.

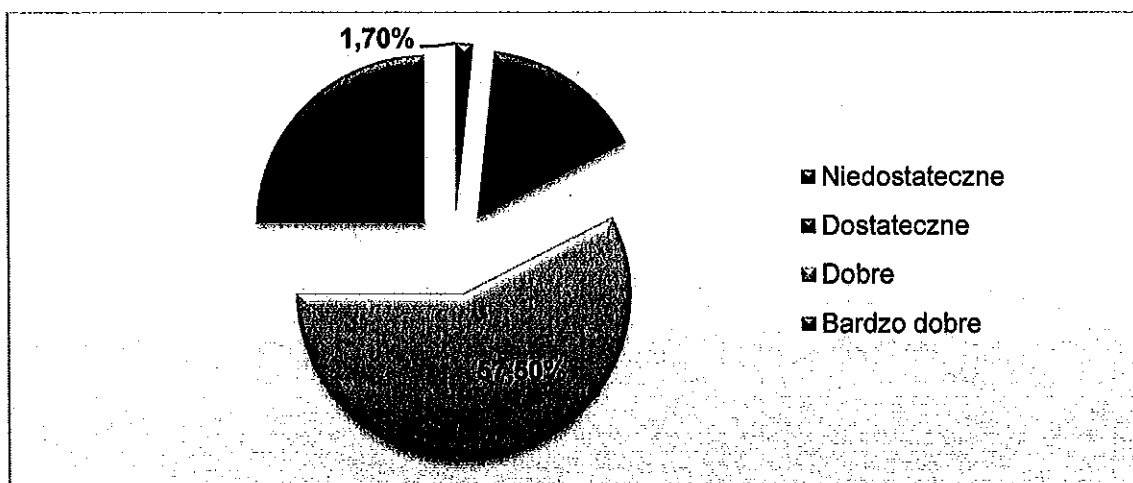
Od początku realizacji kierunków strategicznych, podmioty zaangażowane w rozwój i działalność ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w swoich dążeniach kierowały się przede wszystkim zmniejszeniem lub eliminacją problemów związanych z dostępnością lekarzy specjalistów z uwagi na aspekt geograficzny, bądź organizacyjny, a także zmniejszeniem czasu oczekiwania na odbycie wizyty oraz zwiększeniem dostępności do specjalistycznych badań diagnostycznych poprzez wymianę sprzętu i aparatury medycznej oraz systematyczne ich doposażanie.

W badanym okresie sprawozdawczym odnotowano utrzymującą się tendencję rozwoju Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej. Na przestrzeni lat 2009 – 2010 zwiększyła się liczba poradni specjalistycznych oraz nastąpiło wydłużenie czasu pracy poradni. Dodatkowo zwiększyła się liczba pracowni diagnostycznych wyposażonych w nowszą i doskonalszą aparaturę medyczną. Poprawiły się również warunki lokalowe poradni specjalistycznych. Podkreślenia wymaga tutaj fakt znacznego zaangażowania samorządów powiatowych.

Zasadniczym kierunkiem strategicznym jest doprowadzenie do równego rozmieszczenia sieci poradni specjalistycznych na terenie województwa z zachowaniem reguły komplementarności.

Badanie ankietowe piątego okresu wykazało, że według opinii samorządów powiatowych ogólna dostępność do poradnictwa specjalistycznego jest na poziomie dobrym. Wykres 9 prezentuje ocenę warunków w zakładach AOS w skali czterostopniowej w procentach.

Wyk. 9. Ocena warunków panujących w zakładach AOS w piątym okresie sprawozdawczym – odsetek ocen



Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie ankietyzacji

W analizowanym okresie sprawozdawczym odnotowano spadek liczby podmiotów w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej o 49, co może być podyktowane zmianami organizacyjnymi. Ponadto, zwiększeniu uległa ogólna liczba poradni specjalistycznych (w 12 rodzajach specjalności) z 1 141 poradni w 2008 r. do 1 222 poradni w 2010 r.

Analiza dostępnych danych statystycznych wykazała również zwiększenie liczby udzielonych porad ogółem (7 390 273 porad) w stosunku do poprzedniego okresu (7 249 069 porad) o 141 204 porady. Największy wzrost liczby udzielonych porad odnotowano w poradni chirurgii ogólnej, następnie w poradni otolaryngologicznej, zdrowia psychicznego i kardiologicznej. Równocześnie największy spadek udzielonych porad nastąpił w poradniach: chirurgii urazowo-ortopedycznej, okulistycznej i rehabilitacyjnej.

Poniżej, w tabelach przedstawiono zasoby ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w aspekcie zmian zachodzących w liczbie podmiotów AOS, liczbie poradni oraz liczbie udzielonych porad. Dodatkowo tendencje zmian zachodzących w liczbie udzielanych porad zaprezentowano na wykresie 10.

Tab. 9 Liczba podmiotów w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w latach 2002-2010

Lata	2002	2004	2006	2008	2010
Zakłady AOS ogółem	197	253	262	321	272
Liczba poradni specjalistycznych	826	947	946	1 141	1 222

opracowanie na podstawie danych z Oddziału Zdrowia Publicznego Wydziału Polityki Społecznej Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego

Tab. 10 Liczba 12-tu podstawowych poradni specjalistycznych w latach 2002-2010

Lata/poradnia	2002	2004	2006	2008	2010
alergologiczna	32	31	30	27	23
chirurgii ogólnej	76	101	101	84	80
chirurgii urazowo-ortopedycznej	71	88	91	64	62
dermatologiczna i wenerologiczna	63	88	97	71	63
diabetologiczna	35	38	41	34	34
ginekologiczno-położnicza	172	233	243	190	181
kardiologiczna	45	54	53	47	49
neurologiczna	81	93	100	72	79
okulistyczna	92	119	125	91	83
otolaryngologiczna	77	104	101	80	72
rehabilitacyjna	43	47	52	42	44
zdrowia psychicznego	39	45	43	35	108

opracowanie na podstawie danych z Oddziału Zdrowia Publicznego Wydziału Polityki Społecznej Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego i ZOW NFZ

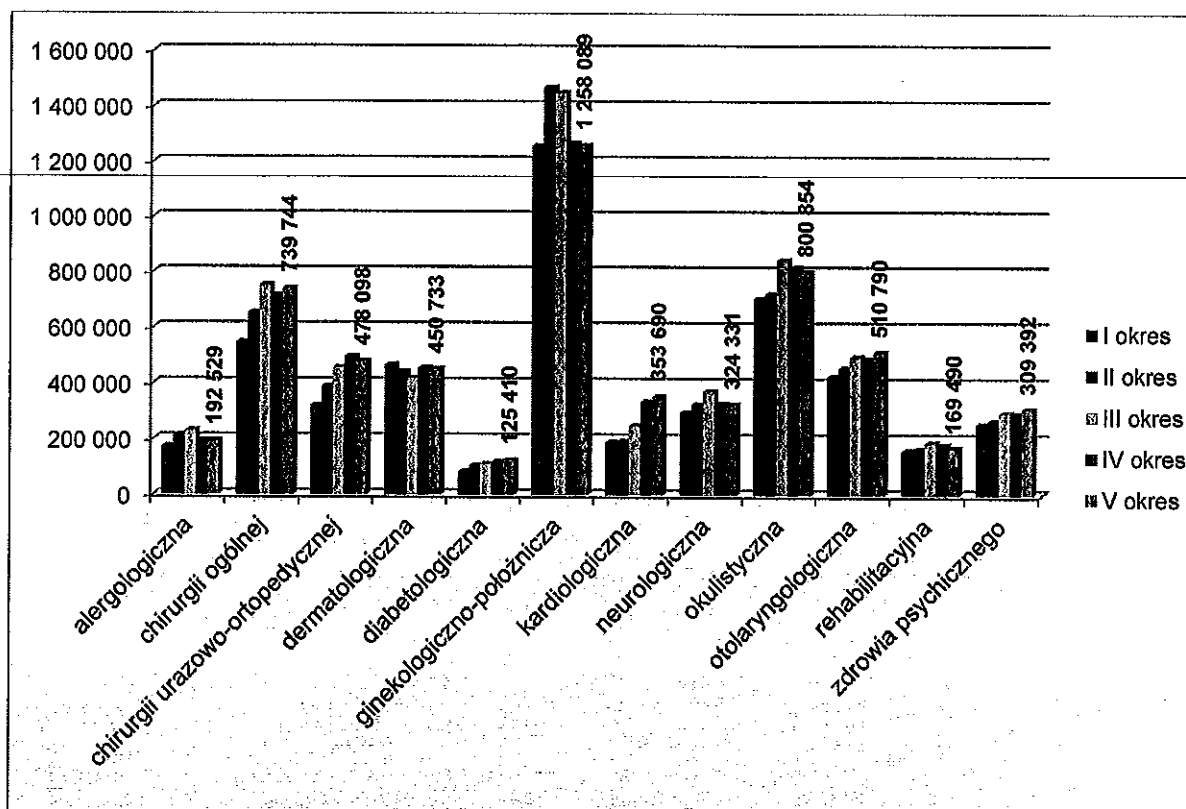
Tab. 11 Liczba udzielonych porad specjalistycznych ogółem w województwie w latach 2001-2010 w tym w 12-tu podstawowych specjalnościach

Lata/poradnia	2001-2002*	2003-2004*	2005-2006*	2007-2008*	2009-2010*
ogółem	4 880 940	5 396 149	7 457 502	7 249 069	7 390 273
alergologiczna	174 099	214 770	230 042	194 620	192 529
chirurgii ogólnej	547 570	652 966	751 735	717 215	739 744
chirurgii urazowo-ortopedycznej	320 679	389 555	456 896	495 105	478 098
dermatologiczna	466 276	441 217	418 333	453 838	450 733
diabetologiczna	83 982	104 691	111 777	117 750	125 410
ginekologiczno-położnicza	1 255 900	1 467 121	1 447 258	1 265 617	1 258 089
kardiologiczna	190 038	192 289	248 689	335 528	353 690
neurologiczna	296 717	325 510	372 533	327 186	324 331
okulistyczna	703 518	721 252	842 760	815 692	800 854
otolaryngologiczna	425 787	455 022	495 599	488 374	510 790
rehabilitacyjna	160 896	164 086	188 268	180 635	169 490
zdrowia psychicznego	255 478	267 670	295 177	290 569	309 392

opracowanie na podstawie danych z Oddziału Zdrowia Publicznego Wydziału Polityki Społecznej
Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego

* suma liczby porad z lat 2001-2002, z lat 2003-2004, z lat 2005-2006, z lat 2007-2008, z lat 2009-2010.

Wyk 10. Porównanie liczby udzielonych porad w wybranych poradniach w pięciu okresach sprawozdawczych



opracowanie na podstawie danych z Oddziału Zdrowia Publicznego Wydziału Polityki Społecznej Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego

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

W pięciu kolejnych okresach sprawozdawczych osiągnął następujące wartości:

- 2002 – 1,8
- 2004 – 2,1
- 2006 – 2,3
- 2008 – 2,1
- 2010 – 2,2

Liczba lekarzy w poradniach specjalistycznych w roku 1999 wynosiła 724. W następnych okresach sprawozdawczych odnotowano systematyczny wzrost liczby lekarzy specjalistów, z wyłączeniem roku 2008:

- 2002 – 1 627
- 2004 – 1 854
- 2006 – 1 919
- 2008 – 1 890
- 2010 – 2 419

Stale poprawia się rozmieszczenie wysokospecjalistycznej aparatury medycznej, stan techniczny sprzętu oraz dostosowanie do wymogów nowoczesnych metod diagnostycznych, co istotnie wpływa na stan bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców województwa. Aparatura

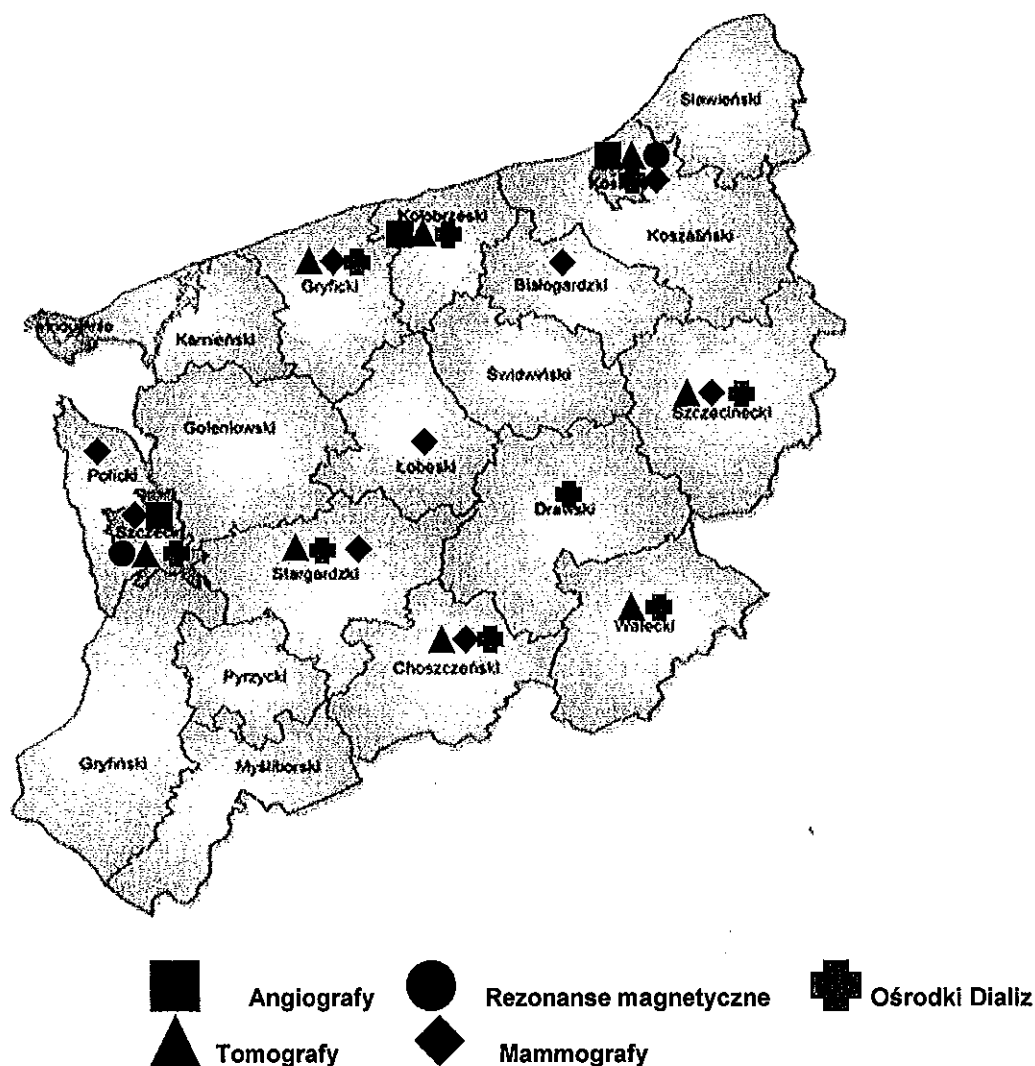
wysokospecjalistyczna stała się bardziej dostępna dzięki wsparciu jednostek ochrony zdrowia ze strony samorządów lokalnych oraz środków unijnych.

Tab. 12 Wysokospecjalistyczna aparatura medyczna na terenie województwa w 2002 r. i 2010 r. wg statystyki publicznej bez względu na kontraktację.

Nazwa aparatu	Liczba aparatów	
	2002	2010
ANGIOGRAF	5	4
MAMMOGRAF	27	21
REZONANS MAGNETYCZNY	2	6
TOMOGRAF KOMPUTEROWY	9	16
APARAT DO HEMODIALIZY	66	241

opracowanie na podstawie danych z Oddziału Zdrowia Publicznego Wydziału Polityki Społecznej
Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego

Mapa 1. Rozmieszczenie aparatury wysokospecjalistycznej na terenie województwa



Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie danych z ZOW NFZ oraz z Oddziału Zdrowia Publicznego Wydziału Polityki Społecznej
Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego

Należy jednocześnie zwrócić uwagę, że większość pracowni zlokalizowana jest w dużych aglomeracjach miejskich, przede wszystkim w Szczecinie i Koszalinie. Rozmieszczenie podyktowane jest występowaniem wysokospecjalistycznych ośrodków na danym terenie oraz dostępnością kadry medycznej o określonych kwalifikacjach.

WNIOSKI:

- 1. Według opinii samorządów powiatowych odpowiedzialnych za ambulatoryjną opiekę specjalistyczną ogólna dostępność do poradnictwa specjalistycznego jest na poziomie dobrym.**
- 2. W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej odnotowano zwiększenie liczby poradni specjalistycznych przy jednoczesnym spadku liczby zakładów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (zmiany organizacyjne).**
- 3. W stosunku do poprzedniego okresu sprawozdawczego wzrosła liczba udzielonych porad, głównie w poradniach zdrowia psychicznego i kardiologicznych, co potwierdzają wskaźniki zachorowalności i zapadalności.**
- 4. Liczba lekarzy specjalistów zatrudnionych w poradniach specjalistycznych jest najwyższa od 1999 r.**
- 5. Stale poprawia się rozmieszczenie wysokospecjalistycznej aparatury medycznej oraz jej stan techniczny i dostosowanie do wymogów dotyczących nowoczesnych metod diagnostycznych, co istotnie wpływa na stan bezpieczeństwa pacjentów i samej kadry medycznej.**

STACJONARNA OPIEKA ZDROWOTNA

W niniejszym, piątym sprawozdaniu z realizacji Strategii porównano wskaźniki działalności i zasoby opieki stacjonarnej do poprzednich okresów sprawozdawczych, w tym głównie do 2008 r.

Do lecznictwa szpitalnego zalicza się wszystkie formy stacjonarnej opieki zdrowotnej, tj. szpitale ogólne, zakłady opieki psychiatrycznej i zakłady opieki długoterminowej.

Lecznictwo szpitalne od wielu lat znajduje się w ciągłym procesie reorganizacji i dostosowania do aktualnych potrzeb i uwarunkowań. Rozwój lecznictwa szpitalnego jest w dużej mierze uzależniony od systemu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Województwo Zachodniopomorskie wykonując systematyczne prace nad aktualizacją i uszczegółowieniem „Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego” opracowało w tym okresie następujące uzupełnienia do Strategii sektorowej:

- 1) „Strategia opieki zdrowotnej w zakresie neonatologii i pediatrii w województwie zachodniopomorskim na lata 2007 – 2013”
- 2) „Kierunki rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie położnictwa i ginekologii w województwie zachodniopomorskim na lata 2008-2013”
- 3) „Kierunki rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie chirurgii ogólnej w województwie zachodniopomorskim na lata 2008-2013”
- 4) „Kierunki rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie chorób wewnętrznych w województwie zachodniopomorskim na lata 2008 – 2013”
- 5) „Kierunki rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie wysokospecjalistycznych specjalności zabiegowych w województwie zachodniopomorskim na lata 2010-2013” – dotyczy neurochirurgii, chirurgii urazowo-ortopedycznej i kardiologii inwazyjnej.
- 6) „Kierunki rozwoju onkologii w Województwie Zachodniopomorskim na lata 2010-2015”.
- 7) „Kierunki rozwoju opieki długoterminowej i rehabilitacji leczniczej w Województwie Zachodniopomorskim na lata 2010-2015”.

Stan realizacji priorytetów rozwoju lecznictwa szpitalnego

Priorytety rozwoju lecznictwa szpitalnego założone w Strategii sektorowej są w różnych fazach realizacji, część z nich jest zmodyfikowana, część w trakcie realizacji. Zauważa się także trudności w stabilnym i systematycznym rozwoju lecznictwa szpitalnego.

Priorytety zrealizowane:

- Skrócenie i utrzymywanie krótszego czasu pobytu chorych w szpitalu.

Priorytety w trakcie realizacji:

- Stopniowe zwiększanie liczby łóżek opieki długoterminowej.

- Bliskie osiągnięcie docelowej liczby łóżek w opiece psychiatrycznej.
- Tworzenie szpitalnych oddziałów ratunkowych o strukturze zgodnej z obowiązującymi wymaganiami.
- Doskonalenie warunków diagnostyczno-leczniczych w szpitalach.
- Zwiększenie liczby leczonych w opiece dziennej i domowej.
- Przekształcanie szpitali w spółki prawa handlowego.

Priorytety zweryfikowane:

- Zmieniono kryteria odległości z miejsca zamieszkania pacjenta do szpitala. Aktualnie nie jest istotne zachowanie odległości 30 km do oddziałów podstawowych i 25 km do oddziałów chirurgii dziennej. Za ważniejsze uznaje się dostępność do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez wysokokwalifikowany personel medyczny w podmiotach leczniczych wyposażonych w nowoczesny sprzęt diagnostyczno-terapeutyczny.
- Zmieniono wskaźniki kierunkowe liczby łóżek do osiągnięcia w przyszłości w:
 - ✓ stacjonarnej opieki hospicyjnej z 0,5 do 0,7 łóżek/10 tys. ludności.
 - ✓ stacjonarnej opieki psychiatrycznej z 7 do 7,6 łóżek/10 tys. ludności z wyszczególnieniem wskaźników dla poszczególnych rodzajów opieki psychiatrycznej, zgodnie z zaleceniami Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Trudności w rozwoju stacjonarnej opieki zdrowotnej:

- Brak stabilizacji w rozwoju szpitali na rynku usług medycznych.
- Niewystarczający dostęp do opieki długoterminowej i rehabilitacji leczniczej.
- Zbyt niski średni wskaźnik wykorzystania łóżek szpitalnych.
- Niewystarczające wykorzystanie potencjału szpitali,
- Niewystarczające finansowanie usług medycznych i występowanie nadlimitów.

Stan dostosowania zasobów lecznictwa szpitalnego do potrzeb zdrowotnych

W województwie zachodniopomorskim struktura własnościowa zakładów lecznictwa szpitalnego jest zróżnicowana. Organami założycielskimi są: samorząd województwa, samorządy powiatów i jedna gmina, Pomorski Uniwersytet Medyczny, Ministerstwo Obrony Narodowej, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych oraz spółki prawa handlowego. W 2010 r. w województwie zachodniopomorskim funkcjonowało: **36 szpitali ogólnych** (w tym 5 szpitali MON i MSW), 17 zakładów opieki długoterminowej i 10 zakładów opieki psychiatrycznej (oddziały psychiatryczne znajdują się także w 6 szpitalach ogólnych).

W 2010 r. w województwie zachodniopomorskim we wszystkich jednostkach stacjonarnej opieki zdrowotnej, łącznie z opieką psychiatryczną, rehabilitacyjną i długoterminową było **9 882 łóżka**

(wskaźnik 58,4 łóżek/10 tys. ludności), tj. o 25 mniej w porównaniu do roku 2000 i o 342 więcej w porównaniu do roku 2008 r.

Tab. 13 Liczba łóżek w stacjonarnej opiece zdrowotnej* w 2000, 2008 i 2010 r.– wg organu założycielskiego

Organ założycielski	2000	2008	2010
Samorząd Województwa	4 560	4 280	4 060
Samorządy Powiatowe i Gminny	3 091	2 414	2 451
Pomorski Uniwersytet Medyczny	1 159	1 382	1 269
MON i MSW	896	880	915
ZOZ spółek	121	584	1 187
Ogółem*	9 907	9 540	9 882

*łącznie z opieką długoterminową i psychiatryczną

Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie ankietyzacji

W 2010 r. Samorząd Województwa Zachodniopomorskiego był organem tworzącym dla 10 zakładów stacjonarnej opieki zdrowotnej, które posiadały 4 060 łóżek, w tym: 8 szpitali wielospecjalistycznych, 1 Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia od Alkoholu, 1 Zakład Opiekuńczo-Lecznicy. Ponadto Samorząd Województwa Zachodniopomorskiego jest organem tworzącym dla Szpitala Uzdrowskiego, który został uwzględniony w analizie dotyczącej uzdrowisk. Samorządy powiatowe i samorząd gminny posiadały 16 jednostek stacjonarnej opieki zdrowotnej, (2 451 łóżek), w tym: 13 szpitali ogólnych, 2 Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze i 1 Psychiatryczny Zakład Opiekuńczo-Leczniczy. Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie posiada niezmiennie 2 szpitale kliniczne, które w 2010 r. dysponowały 1 269 łózkami, w tym 195 łóżek funkcjonowało w szpitalu zlokalizowanym w Policach.

W 5 szpitalach resortowych Ministerstwa Obrony Narodowej i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych było 915 łóżek. Należy uwzględnić, że 107 Szpital Wojskowy w Wałczu wykonuje zadania przyjęte po likwidacji Szpitala Powiatowego w Wałczu dla ogółu ludności. Wskaźniki działalności szpitali MON i MSW nie są zamieszczane w Informatorze statystycznym ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego, co niezmiennie utrudnia pełną i rzeczywistą informację dotyczącą zabezpieczenia opieki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim.

Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej stacjonarnej w 2010 r. posiadały 1 187 łóżek. Spółki prawa handlowego prowadziły 14 jednostek stacjonarnej opieki zdrowotnej z 951 łózkami, a 236 łóżek znajdowało się w 6 jednostkach, których organami prowadzącymi są stowarzyszenia „Monar”.

Struktura łóżek

Zmiany w strukturze łóżek odbywają się nieprzerwanie od 2000 roku. Od tego czasu następuje systematyczne zwiększenie liczby łóżek w tych rodzajach opieki zdrowotnej, które

wymagają dłuższej hospitalizacji, tj. w rehabilitacji leczniczej, w opiece długoterminowej i w opiece psychiatrycznej.

Struktura łóżek w opiece stacjonarnej w 2010 r. przedstawiała się następująco.

- Opieka krótkoterminowa – 7 331 łóżek, wskaźnik 43,3/10 tys. ludności
- Opieka długoterminowa – 707 łóżek, wskaźnik 4,2/10 tys. ludności
- Rehabilitacja lecznicza – 591 łóżek, wskaźnik 3,5/10 tys. ludności
- Opieka psychiatryczna – 1 253 łóżka, wskaźnik 7,4/10 tys. ludności

Tab. 14 Struktura liczbowa łóżek w stacjonarnej opiece zdrowotnej w 2000, 2008 i 2010 r. oraz planowana do osiągnięcia w 2015 r. (razem ze szpitalami resortowymi)

Rodzaj łóżek	2000		2008		2010		Plan do 2015 r.*	
	liczba	wskaźnik/10 tys. lud.	liczba	wskaźnik/10 tys. lud.	liczba	wskaźnik/10 tys. lud.	liczba	wskaźnik/10 tys. lud.
Krótkoterminowe	8 173	47,1	7 240	42,8	7 331	43,3	6 066	35,0
Długoterminowe	487	2,8	636	3,8	707	4,2	1 352	8,0
Rehabilitacyjne	351	2,0	551	3,3	591	3,5	728	4,2
Psychiatryczne	896	5,2	1 113	6,6	1 253	7,4	1 285	7,6
Razem	9 907	57,1	9 540	56,3	9 882	58,4	9 359	54,0

* po weryfikacji w 2010 r. w aktualizacjach Strategii sektorowej

Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie ankietyzacji

Wytyczony kierunek działania polegający na zmniejszaniu liczby łóżek w opiece krótkoterminowej został od 2008 r. zahamowany. W latach 2000 - 2008 trend ten odbywał się dość skutecznie. W tym okresie nastąpiło zmniejszenie łóżek o 933 czyli o 11,4%. Jednak już w 2010 r. obserwuje się wzrost tej liczby o 91 łóżek. Do osiągnięcia wyznaczonego celu należałoby zmniejszyć liczbę łóżek w opiece krótkoterminowej o około 1 265 łóżek, z uwzględnieniem prognozowanej liczby mieszkańców województwa w przyszłych latach.

pozytywnym zjawiskiem jest systematyczny wzrost liczby łóżek w opiece długoterminowej, rehabilitacji leczniczej i opiece psychiatrycznej. Od 2000 r. do 2010 r. baza łóżkowa we wszystkich rodzajach ww. opieki zwiększyła się w sposób następujący, w:

- Opiece długoterminowej o 220 łóżek, o 45%,
- Rehabilitacji leczniczej o 240 łóżek, o 68%,
- Opiece psychiatrycznej o 357 łóżek, o 40%

Do osiągnięcia wskaźników kierunkowych brakuje jeszcze następującej liczby łóżek, w:

- Opiece długoterminowej 645 łóżek
- Rehabilitacji leczniczej 137 łóżek
- Opiece psychiatrycznej 32 łóżka

Wskaźnik działalności szpitali ogólnych

Analizę porównawczą działalności oddziałów szpitalnych w 2008 i 2010 r. przeprowadzono na podstawie danych statystycznych z działalności szpitali ogólnych, bez szpitali resortowych MON i MSW ze względu, jak już wcześniej wspomniano, na brak dostępu do kompletnych danych o ich działalności. Ponadto należy też uwzględnić, że niektóre szpitale ogólne posiadają łóżka psychiatryczne, co w analizach statystycznych dotyczących szpitali ogólnych nie jest wyodrębniane. W 2010 r. w województwie zachodniopomorskim na ogólną liczbę 9 882 łóżek w stacjonarnej opiece zdrowotnej było w:

- szpitalach ogólnych - 7 786 łóżek,
- szpitalach resortowych MON i MSW - 915 łóżek,
- zakładach psychiatrycznych nie będących częścią szpitali ogólnych - 474 łóżka,
- zakładach długoterminowych - 707 łóżek.

W 2010 r. w województwie zachodniopomorskim funkcjonowało 31 szpitali ogólnych (bez 5 szpitali resortowych), które posiadały 7 786 łóżek, wskaźnik 46,0 łóżek na 10 tys. mieszkańców (8 miejsce w kraju), przy średniej krajowej 47,4.

Tab. 15 Ogólne wskaźniki działalności szpitali ogólnych w województwie zachodniopomorskim w porównaniu z krajowymi*

	Zach 2000	Zach 2008	Zach 2010	Polska 2010
Liczba łóżek	8 645	7 971	7 786	181 077
Wskaźnik łóżek/10 tys. ludności	49,9	47,1	46,0	47,4
Liczba leczonych	280 843	320 151	315 383	7 911 563
Średni wskaźnik wykorzystania łóżek w %	79,0	68,0	65,4	68,1
Przeciętny pobyt pacjenta w szpitalu w dniach	8,9	5,8	5,9	5,7
Liczba leczonych na 1 łóżko	32,5	42,5	40,3	43,7

* z łózkami neonatologicznymi i bez szpitali resortowych

Źródło: Biuletyny Statystyczne Ministerstwa Zdrowia CISOZ,
Informatory statystyczne w ochronie zdrowia województwa zachodniopomorskiego ZUW

W 2010 r. odnotowano następujące zmiany w działalności szpitali ogólnych w porównaniu do 2008 r.:

- zmniejszenie liczby łóżek o 185 łóżek,
- obniżenie liczby leczonych (z 320 151 do 315 383),
- obniżenie liczb leczonych na jedno łóżko (z 42,5 do 40,3),
- obniżenie średniego wskaźnika wykorzystania łóżek (z 68% do 65,4%),
- nieznaczny wzrost przeciętnego czasu pobytu chorego w szpitalu (z 5,8 do 5,9 dni).

Stacjonarna opieka krótkoterminowa w szpitalach ogólnych

Do stacjonarnej opieki krótkoterminowej, w niniejszej analizie, zaliczono oddziały szpitalne z pominięciem oddziałów opieki długoterminowej, opieki psychiatrycznej i rehabilitacji leczniczej.

Tab. 16 Analiza porównawcza liczby łóżek w oddziałach krótkoterminowych szpitali ogólnych w 2008 i 2010 r.

Oddziały	2008		2010	
	Liczba łóżek	Wskaźnik na 10 tys. ludności	Liczba łóżek	Wskaźnik na 10 tys. ludności
Chorób wewnętrznych	1 041	6,1	1 027	6,1
Diabetologiczne	91	0,5	96	0,6
Endokrynologiczne	53	0,3	21	0,1
Gastroenterologiczne	133	0,8	85	0,5
Geriatryczne	6	0,04	6	0,04
Hematologiczne	32	0,2	32	0,2
Kardiologiczne	254	1,5	257	1,5
Nefrologiczne	109	0,6	133	0,8
Dermatologiczne	87	0,5	78	0,5
Neurologiczne	173	1,0	174	1,0
Onkologiczne	232	1,4	233	1,4
Anestezjologii i intensywnej terapii	133	0,8	133	0,8
Gruźlicy i chorób płuc	204	1,2	250	1,5
Reumatologiczne	130	0,8	143	0,8
Chorób zakaźnych	124	0,7	141	0,8
Pediatryczne	691	3,6	627	3,4
Neonatologiczne	bd	bd	455	2,7
Intensywnej terapii noworodka	bd	bd	27	0,2
Ginekologiczno-położnicze	840	9,6	794	10,6
Chirurgiczne	869	5,1	804	4,7
Chirurgii klatki piersiowej	60	0,4	60	0,4
Chirurgii naczyniowej	40	0,2	35	0,2
Chirurgii onkologicznej	126	0,7	113	0,7
Chirurgii plastycznej	bd	bd	5	0,03
Oparzeń	17	0,1	17	0,1
Kardiochirurgiczne	45	0,3	34	0,2
Neurochirurgiczne	99	0,6	98	0,6
Urazowo-ortopedyczne	317	1,9	356	2,1
Okulistyczne	170	1,0	166	1,0
Otolaryngologiczne	176	1,0	156	0,9
Chirurgii szczękowo-twarzowej	20	0,1	20	0,1
Urologiczne	140	0,8	118	0,7
Transplantologiczne	63	0,4	44	0,3

Źródło: Informatory statystyczne ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2008 i 2010 rok, Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki

W zasobach szpitalnych oddziałów krótkoterminowych nastąpiły zmiany ilościowe, tylko w niektórych oddziałach. W większości oddziałów, a w szczególności wysokospecjalistycznych obserwuje się stabilizację.

Do zwiększenia liczby łóżek w latach 2008 – 2010 doszło m.in. w następujących oddziałach:

- gruźlicy i chorób płuc - o 46 łóżek
- nefrologicznych - o 24 łóżka
- urazowo-ortopedycznych - o 39 łóżek
- chorób zakaźnych - o 17 łóżek

Do zmniejszenia liczby łóżek w latach 2008 – 2010 doszło m.in. w następujących oddziałach:

- chirurgicznych - o 65 łóżek
- pediatrycznych - o 64 łóżka
- gastroenterologicznych - o 48 łóżek
- ginekologiczno-położniczych - o 46 łóżek
- wysokospecjalistycznych: kardiologii - o 11 łóżek
transplantologii - o 19 łóżek

Tab. 17 Liczba leczonych w oddziałach krótkoterminowych szpitali ogólnych w 2008 i 2010 r.

Oddziały	2008		2010	
	Liczba leczonych	Liczba leczonych na 1 łóżko	Liczba leczonych	Liczba leczonych na 1 łóżko
Chorób wewnętrznych	45 107	43,5	41 559	40,4
Diabetologiczne	3 098	36,9	4 059	42,3
Endokrynologiczne	2 168	22,6	1 386	66,0
Gastroenterologiczne	5 767	41,2	4 111	48,4
Geriatryczne	197	32,8	221	36,8
Hematologiczne	2 566	80,2	1 039	32,5
Kardiologiczne	14 412	56,7	16 236	62,7
Nefrologiczne	5 586	51,2	6 574	49,4
Dermatologiczne	2 992	34,4	2 491	31,1
Neurologiczne	5 068	29,6	5 351	30,8
Onkologiczne	11 974	52,1	12 517	54,0
Anestezjologii i intensywnej terapii	3 239	24,5	3 039	22,8
Gruźlicy i chorób płuc	7 541	25,9	5 839	23,4
Reumatologiczne	3 201	24,6	3 320	24,2
Chorób zakaźnych	3 759	30,3	4 076	29,5
Pediatryczne	28 298	48	27 815	48,1
Neonatologiczne	bd	bd	15 457	34,0
Intensywnej terapii noworodka	bd	bd	405	15,0
Ginekologiczno-położnicze	47 858	55,3	49 692	62,4
Chirurgiczne	45 330	51,7	38 812	47,1

Chirurgii klatki piersiowej	1 488	24,8	1 389	23,2
Chirurgii naczyniowej	1 533	38,3	1 756	50,2
Chirurgii onkologicznej	7 575	60,1	7 370	65,2
Chirurgii plastycznej	bd	bd	591	118,2
Oparzeń	931	54,8	844	49,6
Kardiochirurgiczne	1 364	30,3	1 198	35,2
Neurochirurgiczne	3 649	36,9	3 958	39,2
Urazowo-ortopedyczne	12 434	39,2	16 194	45,4
Okulistyczne	10 646	62,6	10 832	65,3
Otolaryngologiczne	10 192	57,9	9 261	59,4
Chirurgii szczękowo-twarzowej	830	41,5	895	44,8
Urologiczne	9 744	69,1	9 917	84,0
Transplantologiczne	3 054	48,5	1 778	40,4

Źródło: Informatory statystyczne ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2008 i 2010 rok,
Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki

Do zwiększenia liczby leczonych w latach 2008 – 2010 doszło m.in. w następujących oddziałach:

- urazowo-ortopedycznych - o 30%
- nefrologicznych - o 17,7%
- kardiologicznych - o 12,7%

Do zmniejszenia liczby leczonych w latach 2008 – 2010 doszło m.in. w następujących oddziałach:

- hematologicznych - o 59,5%
- endokrynologicznych - o 36%
- gastroenterologicznych - o 28,7%

Tab. 18 Średnie wykorzystanie łóżek w oddziałach krótkoterminowych szpitali ogólnych w 2008 i 2010 r.

Oddziały	Średnie wykorzystanie łóżek w %	
	2008	2010
Chorób wewnętrznych	69,6	67,7
Diabetologiczne	70,5	70,8
Endokrynologiczne	48,3	68,7
Gastroenterologiczne	76,7	81,2
Geriatryczne	94,3	97,5
Hematologiczne	101,0	92,3
Kardiologiczne	73,7	71,6
Nefrologiczne	58,5	71,0
Dermatologiczne	53,2	50,6
Neurologiczne	71,3	78,8
Onkologiczne	91,5	86,2
Anestezjologii i intensywnej terapii	59,4	64,1
Gruźlicy i chorób płuc	72,3	77,0
Reumatologiczne	75,4	74,4

Chorób zakaźnych	55,0	59,2
Pediatriczne	53,2	48,4
Neonatologiczne	bd	36,7
Intensywnej terapii noworodka	bd	76,2
Ginekologiczno-położnicze	54,2	54,6
Chirurgiczne	57,3	51,6
Chirurgii klatki piersiowej	73,6	68,0
Chirurgii naczyniowej	65,9	75,0
Chirurgii onkologicznej	62,7	59,5
Chirurgii plastycznej	bd	37,0
Oparzeń	105,5	104,7
Kardiologiczne	84,5	69,6
Neurochirurgiczne	69,6	71,2
Urazowo-ortopedyczne	63,4	65,6
Okulistyczne	45,5	47,8
Otolaryngologiczne	60,1	57,3
Chirurgii szczękowo-twarzowej	54,4	47,8
Urologiczne	49,1	56,1
Transplantologiczne	57,7	42,9

*Źródło: Informatory statystyczne ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2008 i 2010 rok,
Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki*

W Strategii sektorowej za optymalne wykorzystanie łóżek określono wykorzystanie na poziomie 85%, co też jest uzasadnione ekonomicznie. Średnie wykorzystanie łóżek w oddziałach szpitali ogólnych uległo pogorszeniu z 68% w 2008 r. do 65,4% w 2010 r.

W 2010 r. najniższe średnie wskaźniki wykorzystania łóżek obserwuje się w oddziałach: neonatologicznych (36,7%), chirurgii plastycznej (37%), transplantologicznych (42,9%), chirurgii szczękowo-twarzowej (47,8%), pediatricznych (48,4%), okulistycznych (47,8%), dermatologicznych (50,6%).

Najwyższe średnie wskaźniki wykorzystania łóżek były w oddziałach: oparzeń (104,7%), geriatrycznym (97,5%), hematologicznych (92,3%), onkologicznych (86,2%) i gastroenterologicznych (81,2%).

Poprawa wykorzystania łóżek w 2010 r. w porównaniu do 2008 r. nastąpiła w oddziałach: endokrynologicznych, nefrologicznych, onkologicznych, chirurgii naczyniowej, gastroenterologii oraz gruźlicy i chorób płuc.

Średni czas pobytu chorego w szpitalu w 2010 r. wynosił 5,9 dni i był dużo krótszy niż w 2000 r. (8,9 dni) i nieco dłuższy niż w 2008 r. (5,8 dni).

Tab. 19 Średni czas pobytu chorego w oddziałach krótkoterminowych szpitali ogólnych w 2008 i 2010 r.

Oddziały	Średni czas pobytu chorego (w dniach)	
	2008	2010
Chorób wewnętrznych	5,8	6,1
Diabetologiczne	7,0	6,1
Endokrynologiczne	7,8	3,8
Gastroenterologiczne	6,8	6,1
Geriatryczne	10,5	9,7
Hematologiczne	4,6	10,4
Kardiologiczne	4,7	4,2
Nefrologiczne	4,2	5,2
Dermatologiczne	5,6	5,9
Neurologiczne	8,8	9,3
Onkologiczne	6,4	5,8
Anestezjologii i intensywnej terapii	8,8	10,2
Gruźlicy i chorób płuc	10,2	12,0
Reumatologiczne	11,2	11,2
Chorób zakaźnych	6,6	7,3
Pediatryczne	4	3,7
Neonatologiczne	bd	3,9
Intensywnej terapii noworodka	bd	18,5
Ginekologiczno-położnicze	3,6	3,2
Chirurgiczne	4,0	4,0
Chirurgii klatki piersiowej	10,8	10,7
Chirurgii naczyniowej	6,3	5,5
Chirurgii onkologicznej	3,8	3,3
Chirurgii plastycznej	bd	1,1
Oparzeń	7,0	7,7
Kardiochirurgiczne	10,2	7,2
Neurochirurgiczne	6,9	6,6
Urazowo-ortopedyczne	5,9	5,3
Okulistyczne	2,7	2,7
Otolaryngologiczne	3,8	3,5
Chirurgii szczękowo-twarzowej	4,8	3,9
Urologiczne	2,6	2,4
Transplantologiczne	4,3	3,9

Źródło: Informatory statystyczne ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2008 i 2010 rok,
Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki

W 2010 r. najdłużej pacjenci przebywali w oddziałach: intensywnej terapii noworodka (18,5 dni), gruźlicy i chorób płuc (12 dni), chirurgii klatki piersiowej (10,7 dni), hematologii (10,4 dni) i anestezjologii i intensywnej terapii dorosłych (10,2 dni).

Najkrótsze pobyty pacjentów odnotowano w oddziałach: urologicznych (2,4 dni), okulistycznych (2,7 dni), ginekologiczno-położniczych (3,2 dni) i chirurgii onkologicznej (3,3 dni).

Zasoby stacjonarnej opieki długoterminowej

Do stacjonarnej opieki długoterminowej zaliczono zakłady opiekuńczo-lecznicze pielęgnacyjno-opiekuńcze i hospicja stacjonarne.

W „Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego” z 2001 r. określono wskaźniki kierunkowe do osiągnięcia w 2015 roku następującej wysokości: 7,3 łóżek opieki długoterminowej i 0,5 łóżek w opiece hospicyjnej na 10 tys. mieszkańców, co dawało łączny wskaźnik 7,8 łóżek na 10 tys. mieszkańców.

W 2010 r. opracowano aktualizację do „Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego” pod nazwą „Kierunki rozwoju onkologii w województwie zachodniopomorskim na lata 2010-2015”, która zweryfikowała wskaźniki kierunkowe łóżek dla opieki hospicyjnej. Zmieniono wskaźnik z 0,5 na 0,7 łóżek/10 tys. ludności w opiece hospicyjnej do osiągnięcia do 2015 r., czyli wyższy o 0,2 łóżka od poprzedniego planu.

Łączny wskaźnik 8 łóżek/10 tys. ludności w opiece długoterminowej, podwyższa wymagania określone pierwotnie w Strategii sektorowej (wskaźnik 7,8 łóżek/10 tys. mieszkańców).

W 2010 r. w województwie zachodniopomorskim działało **17 zakładów opieki długoterminowej** posiadających łącznie **707 łóżek**, w tym **118 łóżek psychiatrycznej opieki długoterminowej** (wskaźnik 4,2/10 tys. ludności). Od 2000 r. liczba łóżek zwiększyła się o 220.

Tab. 20 Liczba łóżek w oddziałach/zakładach opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych i hospicjach wg powiatów na przestrzeni lat 2004-2010

Powiat	2004	2006	2008	2010
Koszalin	8	8	33	40
Szczecin	43	82	129	161
Świnoujście	32	31	31	34
Białogard	0	25	30	45
Goleniów	36	36	36	36
Gryfino	21	91	89	91
Kamień Pomorski	0	50	36	55
Lobez	29	29	40	35
Myślibórz	49	49	49	61
Police	8	20	0	0
Pyrzyce	28	29	29	32
Szczecinek	41	37	44	47

Wałcz	124	124	90	70
Ogółem	432	613	636	707*

*łącznie z zasobami psychiatrycznej opieki długoterminowej

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

Aktualnie ~~stacjonarnej opieki długoterminowej nie posiada 8 powiatów~~: choszczeński, drawski, gryfiński, kołobrzeski, policki, sławieński, stargardzki i świdwiński. Do osiągnięcia wskaźników kierunkowych brakuje jeszcze 645 łóżek.

W 2010 r. województwie zachodniopomorskim funkcjonowały **3 zakłady opiekuńcze** dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w: Mieście Szczecinie, Powiecie Gryfińskim i Szczecineckim. Funkcjonowało łącznie **118 łóżek** (wskaźnik **0,7 łóżek/10 tys. mieszkańców**).

Tab. 21 Działalność zakładów/oddziałów opiekuńczych dla dorosłych z zaburzeniami psychicznymi w województwie zachodniopomorskim w 2010 r.

Powiat	Liczba podmiotów	Liczba łóżek	Liczba leczonych	Średnie wykorzystanie łóżek w %	Liczba leczonych /1 łóżko	Średni czas pobytu chorego w dniach
M. Szczecin	1	60	107	103,8	1,8	212,5
Gryfiński	1	45	118	95,6	2,6	133,1
Szczecinecki	1	13	20	100,4	1,5	238,2
Razem	3	118	245	100,3	2,1	176,4

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

We wszystkich trzech oddziałach opiekuńczych psychiatrycznych w 2010 r. było leczonych **245 pacjentów**. Łóżka były wykorzystane w 100%. Średni czas pobytu wynosił 176,4 dni i był zróżnicowany. Najdłużej pacjenci przebywali w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w Szczecinku (238,2 dni), a najkrócej w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w Nowym Czarnowie (133,1 dni). W związku z tym przelotowość, czyli średnia liczba leczonych na jedno łóżko była znacznie wyższa w Powiecie Gryfińskim (2,6) niż Powiecie Szczecineckim (1,5).

Zasoby rehabilitacji leczniczej

Rehabilitacja lecznicza prowadzona jest na terenie województwa zachodniopomorskiego w 9 szpitalach, zlokalizowanych w: Szczecinie, Białogardzie, Choszcznie, Gryficach, Kołobrzegu i Stargardzie Szczecińskim. Ponadto kontraktowanie świadczeń z NFZ w zakresie stacjonarnej rehabilitacji leczniczej odbywa się w 3 Uzdrowiskach: w Świnoujściu, Kamieniu Pomorskim i Kołobrzegu, w 2 szpitalach resortowych w Szczecinie i Złocieńcu oraz w niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej w Międzywodziu.

W 2010 r. w województwie zachodniopomorskim było **591 łóżek w oddziałach rehabilitacji leczniczej**, wskaźnik 3,5 na 10 tys. ludności, więcej o 40 łóżek w porównaniu do 2008 r. W ramach łącznej liczby łóżek rehabilitacyjnych (591) należy uwzględnić 70 łóżek funkcjonujących w resortowych zakładach opieki zdrowotnej MON i MSW, które nie są wykazywane w ogólnie dostępnej statystyce województwa.

W poniższej tabeli przedstawiono wskaźniki działalności oddziałów rehabilitacyjnych na podstawie informacji statystycznych udostępnionych przez Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki.

Tab. 22 Ogólne wskaźniki działalności oddziałów rehabilitacyjnych – 2000, 2008 i 2010 r. (bez szpitali resortowych)

	2000	2008	2010
Liczba łóżek	351	468	521
Liczba leczonych	4 732	7 422	7 635
Średni wskaźnik wykorzystania łóżek w %	75,3	93,5	88%
Przeciętny pobyt chorego w dniach	17,5	21,4	22,4

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

Powyższe dane wskazują, że od 2000 r. do 2010 r. w województwie zachodniopomorskim doszło do zwiększenia liczby łóżek rehabilitacyjnych w szpitalach ogólnych o 32%. Wraz z liczbą łóżek wzrosła liczba leczonych w oddziałach rehabilitacyjnych. W 2010 r. ze świadczeń rehabilitacyjnych w trybie stacjonarnym skorzystało 7 635 osób, więcej o 61% w porównaniu do 2000 roku.

W 2010 r. średni wskaźnik wykorzystania łóżek wynosił 88% i był niższy od wskaźnika osiągniętego w 2008 r. (95,5%), a czas leczenia wydłużył się z 21,4 dni do 22,4 dni.

Zasoby opieki psychiatrycznej

Ocena stopnia dostosowania zasobów stacjonarnej opieki psychiatrycznej w odniesieniu do kierunków rozwoju określonych w Strategii sektorowej z 2001 r. została zweryfikowana w związku z wdrażaniem Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, wprowadzonego od 2011 r. rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. Nr 24 poz. 128.). Jednym z głównych celów NPOZP jest zapewnienie mieszkańcom równego dostępu do różnych form leczenia i opieki psychiatrycznej ze zrównoważeniem między opieką szpitalną i środowiskową.

System ochrony zdrowia w województwie zachodniopomorskim tworzą publiczne i niepubliczne podmioty realizujące świadczenia zdrowotne w zakresie opieki ambulatoryjnej, stacjonarnej i dziennej dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i uzależnionych od środków psychoaktywnych.

Stacjonarne leczenie zaburzeń psychicznych i uzależnień w 2010 r. odbywało się w 7 szpitalach ogólnych (w tym 2 resortowych), 2 ośrodkach odwykowych, 2 niepublicznych szpitalach

psychiatrycznych, 6 ośrodkach rehabilitacji dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych i 3 zakładach długoterminowej opieki psychiatrycznej. Łącznie funkcjonowały **1 253 łóżka**, wskaźnik 7,4/10 tys. mieszkańców. Liczba łóżek zwiększyła się o 357 łóżek w porównaniu do 2000 r. W wyniku czego w 2010 r. został przekroczony wskaźnik kierunkowy 7 łóżek na 10 000 mieszkańców, zalecony w Strategii sektorowej z 2001 r. Ponadto w lecznictwie psychiatrycznym funkcjonują 3 zakłady długoterminowej, które zostały opisane w części dotyczącej opieki długoterminowej niniejszego opracowania.

Tab. 23 Działalność oddziałów psychiatrycznych stacjonarnych w województwie w 2010 r.

Powiat	Liczba oddziałów	Liczba łóżek	Liczba leczonych	Średnie wykorzystanie łóżek w %	Liczba leczonych /1 łóżko	Średni czas pobytu chorego w dniach
Ogólnopsychiatryczne						
M. Koszalin	1	98	1 031	82,9	10,5	28,8
M. Szczecin	4	270	3 839	102,8	14,2	26,4
Gryficki	1	52	1 045	98,3	20,1	17,8
Kołobrzeski	1	50	802	102,4	16,0	23,3
Szczecinecki	1	25	281	94,9	11,2	30,8
Walecki	1	48	423	98,6	8,8	23,9
Razem	9	543	7 421	98,0	13,7	26,2
Psychosomatyczne						
Białogardzki	1	29	424	79,8	14,6	19,9
Leczenia zaburzeń nerwicowych						
Drawski	1	22	244	98,1	11,1	32,3
Rehabilitacyjne psychiatryczne						
M. Szczecin	1	64	378	96,4	5,9	59,6
Razem	12	658	8 467			

Źródło: Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki,
107 Szpital Woskowy w Wałczu
i Szpital MSWiA w Złocięncu

Z analizy wskaźników działalności podmiotów leczniczych wynika, że województwo zachodniopomorskie posiada dostateczną liczbę łóżek w stacjonarnych oddziałach psychiatrycznych. Osiągnięcie wskaźnika 4 łóżka/10 tys. mieszkańców zalecanego przez Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP), wymagałoby zwiększenia zasobów o 19 łóżek, do liczby 677 łóżek, co możliwe jest do uzupełnienia na bazie istniejących oddziałów psychiatrycznych. Problemem jest **nierównomierne rozmieszczenie oddziałów psychiatrycznych**. Dla zapewnienia równego dostępu do stacjonarnych oddziałów psychiatrycznych brakuje łóżek w południowo-zachodniej części województwa: w powiecie pyrzyckim, gryfińskim, myśliborskim i choszczeńskim. Mieszkańcy tych

powiatów korzystają w dużym stopniu z usług psychiatrycznych szpitali województwa lubuskiego, gdzie znajdują się duże jednoprofilowe szpitale psychiatryczne.

W województwie zachodniopomorskim znajduje się tylko jeden oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży - 32 łóżka (wskaźnik 0,2 łóżka/10 tys. mieszkańców), zlokalizowany w Szczecinie. W 2010 r. w oddziale było leczonych 391 dzieci, wskaźnik wykorzystania łóżek wynosił 89%, a średni czas pobytu 26,6 dni. Według zaleceń NPOZP w województwie zachodniopomorskim powinna być podwojona liczba łóżek stacjonarnej opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, czyli należy dążyć do osiągnięcia w przyszłości liczby 64 łóżek.

W 2010 r. województwo zachodniopomorskie dysponowało 145 łózkami dla osób uzależnionych od alkoholu w 4 oddziałach ze wskaźnikiem 0,9 łóżek/10 tys. mieszkańców. Oddziały objęły leczeniem 1 443 pacjentów. Łóżka były wykorzystane prawie w 100%. Przeciętny czas pobytu w oddziałach wynosił 36,4 dni.

Tab. 24 Działalność oddziałów stacjonarnych terapii uzależnień od alkoholu w województwie zachodniopomorskim w 2010 r.

Powiat	Liczba podmiotów	Liczba łóżek	Liczba leczonych	Średnie wykorzystanie łóżek w %	Liczba leczonych /1 łóżko	Średni czas pobytu chorego w dniach
M. Szczecin	1	24	261	103,5	10,9	34,7
Białogardzki	1	73	548	96,5	7,5	46,9
Gryficki	1	28	228	101,6	8,1	45,6
Szczecinecki	1	20	406	100,8	20,3	18,1
Razem	4	145	1 443	99,2	10,0	36,4

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

Największym ośrodkiem leczenia osób uzależnionych od alkoholu jest Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Stanominie (powiat białogardzki). Dwa oddziały w Szczecinie i Gryficach funkcjonują w strukturze szpitali ogólnych, a oddział w Szczecinku jest częścią niepublicznego zakładu psychiatrycznego.

Terapię i rehabilitację osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w warunkach stacjonarnych na terenie województwa zachodniopomorskiego prowadzi **6 podmiotów** niepublicznych, których organem tworzącym jest Stowarzyszenie Monar. Ośrodki rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych rozmieszczone są na terenie województwa nierównomiernie w 5 powiatach: drawskim, goleniowskim, kołobrzeskim, koszalińskim i łobeskim.

W 2010 r. w województwie zachodniopomorskim w ww. ośrodkach było **202 łóżka**, a wskaźnik wynosił **1,2 łóżek /10 tys. mieszkańców**.

Z terapii w ośrodkach dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych w 2010 r. skorzystało **625 osób**, których czas terapii trwał przeciętnie 118,2 dni. Wskaźnik wykorzystania łóżek wyniósł 100,2%.

Tab. 25 Działalność ośrodków terapii i rehabilitacji uzależnień od substancji psychoaktywnych w województwie zachodniopomorskim w 2010 r.

Powiat	Liczba podmiotów	Liczba łóżek	Liczba leczonych	Średnie wykorzystanie łóżek w %	Liczba leczonych /1 łóżko	Średni czas pobytu w dniach
Drawski	1	13	27	95,1	2,1	167,1
Goleniowski	1	25	81	101,5	3,2	114,3
Kołobrzeski	2	98	306	101,0	3,1	118,1
Koszaliński	1	35	102	84,5	2,9	105,8
Łobeski	1	31	109	116,6	3,5	121,1
Razem	6	202	625	100,2	3,1	118,2

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

Najwięcej miejsc (98 łóżek) posiadają 2 ośrodki w powiecie kołobrzeskim, które w 2010 r. objęły terapią 49% pacjentów, najmniej miejsc jest w ośrodku w powiecie drawskim, 13 łóżek (4,3% leczonych).

oddziały dzienne dla osób z zaburzeniami psychicznymi

W województwie zachodniopomorskim w strukturze lecznictwa psychiatrycznego w 2010 r. funkcjonowało **216 miejsc leczenia dziennego**, tj. 158 miejsc w oddziałach dziennych dla osób z zaburzeniami psychicznymi i 58 miejsc dla osób uzależnionych od alkoholu.

Tab. 26 Działalność oddziałów dziennych dla osób z zaburzeniami psychicznymi i nerwicowymi w 2010 r.

Powiat	Forma	Liczba miejsc	Liczba leczonych
M. Koszalin	Ambulatoryjna	12	90
M. Szczecin	Ambulatoryjna	50*	260
M. Szczecin	Szpitalna	36	239
M. Świnoujście	Ambulatoryjna	15	65
Kołobrzeski	Ambulatoryjna	45	245
Razem		158	899

* w tym 25 miejsc dla osób z zaburzeniami nerwicowymi

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

Tab. 27 Działalność oddziałów dziennych dla uzależnionych od alkoholu w 2010 r.

Powiat	Liczba miejsc	Liczba leczonych
M. Koszalin	20	118
M. Szczecin	15	164
M. Świnoujście	10	122
Szczecinecki	13	159
Razem	58	563

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

Alternatywne formy opieki stacjonarnej

Zgodnie z założeniami Strategii sektorowej alternatywne formy opieki stacjonarnej powinny być rozbudowywane w celu zwiększenia dostępności do świadczeń zdrowotnych i odciążenia opieki krótkoterminowej. Opieka alternatywna rozwija się obecnie w oparciu o szpitale i ambulatoryjną opiekę specjalistyczną. Do alternatywnych form opieki zaliczane są: oddziały dzienne i jednodniowe, w tym świadczenia zabiegowe jednodniowe, świadczenia w stacjach dializ i część świadczeń w szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz opieka domowa.

Opieka dzienna

Opieka dzienna rozwija się dość dynamicznie, funkcjonuje w strukturach szpitali i specjalistycznej opieki ambulatoryjnej. Liczba leczonych w trybie opieki dziennej zwiększa się systematycznie.

W 2010 r. z opieki dziennej korzystało:

- przy szpitalach **56 848 pacjentów,**
- przy ambulatoryjnej opiece **17 326 pacjentów.**

W oddziałach dziennych przy szpitalach było leczonych o 13 945 więcej pacjentów w porównaniu do 2008 r. i o 47 814 osób w stosunku do 2000 r. Poniżej tabela ilustruje zachodzące zmiany w rodzajach specjalności realizowanych w ramach świadczeń dziennych.

Tab. 28 Liczba leczonych w oddziałach opieki dziennej przy szpitalach w latach 2000, 2008 i 2010 r.

Rodzaj opieki dziennej	2000	2008	2010
Chirurgia onkologiczna	1 084	3 251	3 239
Chirurgia ogólna		361	65
Chirurgia plastyczna			595
Neurochirurgia		416	360
Urologia		418	433
Ginekologia i położnictwo		267	
Choroby wewnętrzne		49	
Kardiologia			202
Pulmonologia		559	
Rehabilitacja		531	24
Otolaryngologia	376	918	1 036
Okulistyka		1 924	3 301
Geriatrya	22		
Onkologia*	6 149	12 386	14 314
Hematologia			1 801
Reumatologia		609	490
Pediatrya		2 019	1 775
Diagnostyczny	462		
Psychiatria	938	1 055	239
Szpitalne oddziały ratunkowe		18 137	28 971
Razem	9 031	42 900	56 845

* razem z radioterapią i chemioterapią

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

Najwięcej pacjentów korzystało z opieki dziennej w następujących rodzajach specjalności: szpitalnych oddziałach ratunkowych, onkologicznych, chirurgii onkologicznej, okulistycznych i hematologicznych.

W 2010 r. liczba leczonych w opiece dziennej funkcjonującej przy ambulatoryjnej opiece specjalistycznej wyniosła 17 326 osób, w tym w:

- oddziałach dziennych ogólnych 11 706 pacjentów,
- oddziałach dziennych chemioterapii 3 812 pacjentów,
- opiece psychiatrycznej 1 223 pacjentów,
- oddziałach dziennych innych 585 pacjentów.

Opieka domowa

Opieka domowa jest funkcjonalną częścią oddziałów dziennych ogólnych realizowaną przy ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Świadczenia zdrowotne w domu pacjenta są wykonywane w zakresie: długoterminowej opieki domowej, rehabilitacji domowej i dziennej, domowego leczenia tlenem, domowej opieki hospicyjnej.

Tab. 29 Opieka domowa w 2008 i 2010 r.

Rodzaj opieki	2008		2010	
	Leczeni	Osobodni	Leczeni	Osobodni
długoterminowa opieka domowa	bd	53 781	3 420	406 254
rehabilitacja domowa	3 833	61 828	3 777	75 126
domowe leczenie tlenem	667	29 768	946	49 273
hospicja domowe	1 668	56 396	2 460	84 818

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

Powyższa analiza wskazuje na dynamiczny wzrost świadczeń realizowanych w domu pacjenta.

Od 2008 r. do 2010 r. we wszystkich rodzajach opieki domowej nastąpił znaczny wzrost liczby zrealizowanych osobodni:

- długoterminowa opieka domowa o 655%,
- domowe leczenie tlenem o 65%,
- opieka w ramach hospicjum domowego o 50%,
- rehabilitacja domowa o 21%.

Stacje dializ

Na przestrzeni ostatnich lat doszło do znacznego rozwoju dializoterapii. **Liczba stanowisk dializacyjnych zwiększyła się ponad dwukrotnie.** Powstały nowe stacje dializ w Stargardzie Szczecińskim, w Szczecinku i Walczu. W stacjach dializ świadczenia zdrowotne wykonywane są w większości w trybie dziennym.

W 2010 r. funkcjonowało **169 stanowisk dializacyjnych**, o 36 więcej niż w 2008 r., rozmieszczonych w 9 miastach: Koszalinie, Szczecinie, Choszcznie, Drawsku Pomorskim, Gryficach, Kołobrzegu, Stargardzie Szczecińskim, Szczecinku i Walczu. W związku ze zwiększeniem liczby stanowisk dializacyjnych i liczby osób dializowanych, zmniejszyło się obciążenie stanowisk dializacyjnych. W 2010 r. wykonano **105 348 dializ**. Na 1 stanowisko dializacyjne przypadło 623,4 dializy. Liczba osób dializowanych na 1 stanowisko wzrosła do 9,3 w 2010 r.

Tab. 30 Analiza porównawcza działalności stacji dializ w 2008 i 2010 r.

Powiaty	Liczba stanowisk dializacyjnych		Liczba osób dializowanych		Liczba wykonanych dializ		Liczba dializ na 1 stanowisko		Liczba osób dializowanych na 1 stanowisko	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010
Koszalin	13	13	153	146	10 821	10 626	832,4	817,4	11,8	11,2
Szczecin	42	52	535	756	26 888	32 452	640,2	624,1	12,7	14,5
Choszczno	11	10	69	65	5 887	5 735	535,2	573,5	6,3	6,5
Drawsko Pom.	16	16	57	44	7 065	7 468	441,6	466,8	3,6	2,8
Gryfice	16	15	127	119	11 983	12 057	748,9	803,8	7,9	7,9
Kołobrzeg	27	29	101	260	17 425	19 812	645,4	683,2	3,7	9,0
Stargard Szcz.	8	11	69	87	6 663	7 773	832,9	706,6	8,6	7,9
Szczecinek		16		67		6 625		414,1		4,2
Wałcz		7		20		2 800		400,0		2,9
Razem	133	169	1 111	1 564	86 732	105 348	652,1	623,4	8,4	9,3

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

Od 2008 r. do 2010 r. liczba osób dializowanych wzrosła o 40%, a liczba wykonanych dializ o 21,5%. Po utworzeniu nowych lokalizacji rozmieszczenie stacji dializ na terenie województwa znacznie się poprawiło. Nadal trudniejszy dostęp do dializoterapii mają mieszkańcy skrajnie położonych gmin powiatów: gryfińskiego, sławieńskiego, myśliborskiego i miasta Świnoujścia.

Prowadzenie list oczekujących na leczenie szpitalne

Prowadzenie kolejek oczekujących na leczenie i kolejność udzielania świadczeń zdrowotnych ustala każdy świadczeniodawca zgodnie z obowiązującymi zasadami określonymi w przepisach prawnych. Podmioty lecznicze kwalifikują pacjentów na podstawie kryteriów medycznych, tj.: stanu zdrowia i rokowania do odpowiedniej kategorii medycznej, jako: "przypadek pilny" lub "przypadek stabilny".

Do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach mają prawo:

- Osoby, które posiadają tytuł "Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi" lub "Zasłużonego Dawcy Przeszczepu",
- Inwalidzi wojenni i wojskowi,
- Kombatanci (pod pojęciem "kombatant" należy także rozumieć osobę represjonowaną),
- Weterani poszkodowani.

Od kilku lat najwięcej osób oczekujących na leczenie szpitalne w województwie zachodniopomorskim odnotowuje się w oddziałach: rehabilitacji, chirurgii urazowo-ortopedycznej, okulistycznych i otolaryngologicznych.

Tab. 31 Kolejki oczekujących na leczenie w wybranych oddziałach szpitalnych – stan aktualny.

Oddziały	liczba osób oczekujących	czas oczekiwania (w dniach)
Rehabilitacyjny	2 233	173
Chirurgii urazowo-ortopedycznej	2 125	702
Okulistyczny	699	915
Otolaryngologiczny	699	86
Kardiologiczny	339	105
Rehabilitacji neurologicznej	338	540
Endokrynologiczny	331	97
Urologiczny	316	41
Leczenia zaburzeń nerwicowych	290	624
Chirurgiczny ogólny	259	107
Chirurgii naczyniowej	243	77
Ginekologiczno-położniczy	240	26
Transplantologiczny	230	48
Neurochirurgiczny	182	51
Reumatologiczny	155	325
Chirurgii onkologicznej dla dzieci	137	41
Chirurgii onkologicznej	130	17
Diabetologiczny	127	27
Dermatologiczny	107	17
Oddział terapii uzależnienia od alkoholu	96	71
Kardiochirurgiczny	91	51
Kardiologiczny dla dzieci	76	25
Radioterapii	68	20
Obserwacyjno-zakaźny	67	84
Gastroenterologiczny	55	21
Hematologiczny	55	48
Neurologiczny	47	134
Rehabilitacji kardiologicznej	35	24
Nefrologiczny dla dzieci	34	46
Psychiatryczny (ogólny)	14	26

Źródło: www.nfz.gov.pl

Powyższa tabela ukazuje maksymalne liczby oczekujących i czasy oczekiwań na leczenie w wybranych oddziałach. Jednak czas oczekiwania na przyjęcie do konkretnego szpitala jest bardzo różnicowany. Najbardziej obciążone są oddziały w szpitalach klinicznych, wojewódzkich i innych szpitalach specjalistycznych. Są też takie oddziały w niektórych szpitalach, gdzie pacjenci są przyjmowani na bieżąco.

Realizacja obowiązku ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych

Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładzie opieki zdrowotnej reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej.

Na dzień sporządzania dokumentu trwają prace legislacyjne mające na celu zmianę przepisów w tym zakresie.

W związku z oczekiwaniem na nowe regulacje prawne w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych oraz trwającymi reorganizacjami w niektórych zakładach opieki zdrowotnej, obecnie nie wznawia się obliczenia i modyfikacji norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych według poprzednich zasad. W związku z tym dane pozyskane z podmiotów leczniczych są nie w pełni aktualne i nie pozwalają na pełną analizę i ocenę sytuacji. Według danych statystycznych pełnozatrudnionych pielęgniarek i położnych w szpitalach ogólnych w 2010 roku było 5 025, o 7 mniej niż w roku 2008 (5 032 osób).

Stan sanitarno-techniczny szpitali

Nadzór i ocena stanu sanitarno-epidemiologicznego województwa należy do zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Szczecinie corocznie opracowuje „Ocenę stanu sanitarnego i sytuacji epidemiologicznej województwa zachodniopomorskiego”. Dokument zawiera opis sytuacji w zakresie chorób zakaźnych, jakości wody, stanu obiektów użyteczności publicznych i kąpielisk, warunków sanitarno-higienicznych w środowisku pracy, higieny radiacyjnej, warunków sanitarnych w szkołach, stanu sanitarnego obiektów żywności i zbiorowego żywienia oraz stanu sanitarnego obiektów opieki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim.

Rozdział opisujący stan sanitarny zakładów opieki zdrowotnej zawiera m.in. opis: stanu sanitarno-technicznego jednostek opieki zdrowotnej obejmujący funkcjonalność, utrzymanie czystości, procesy dezynfekcji i sterylizacji, pralnictwo szpitalne, żywienie w szpitalach, zaopatrzenie w wodę, postępowanie z odpadami medycznymi oraz ocenę zakażeń szpitalnych i działalności szpitalnych zespołów ds. zapobiegania i zwalczania zakażeń zakładowych.

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

Najważniejsze wnioski odnoszące się do stanu sanitarno-technicznego szpitali w 2010 roku:

1. Kierownicy szpitali dążą do podnoszenia standardów sanitarno-technicznych placówek. Wynika to z konieczności dostosowania do obowiązujących przepisów oraz dużej konkurencyjności związanej ze świadczeniami medycznymi.
2. Procesy dezynfekcji we wszystkich szpitalach prowadzone były zgodnie z wewnętrznymi procedurami z użyciem certyfikowanych środków.
3. Większość szpitali charakteryzowała się właściwym stanem czystości (23,34% szpitali korzystało z usług specjalistycznych firm zewnętrznych).
4. Niekorzystnym jest brak w szpitalach laboratoriów mikrobiologicznych, które mogłyby prowadzić nadzór mikrobiologiczny. Ponad połowa szpitali (53,3%) zleca badania mikrobiologiczne zewnętrznym jednostkom.
5. Wdrożenie i przestrzeganie przez szpitale procedur zapobiegających zakażeniom szpitalnym wykazuje znaczne zróżnicowanie.
6. Metody sterylizacji stosowane dotychczas w praktyce szpitalnej nie zmieniły się (53,34% placówek prowadziło sterylizację sprzętu medycznego w obrębie szpitali). Awaryjność sterylizatorów parowych wyniosła 52,57%.
7. Podstawowym źródłem zaopatrzenia szpitali w wodę jest wodociąg publiczny (22 szpitale). 10 szpitali posiada ujęcia własne, a jeden korzysta z ujęcia należącego do uzdrowiska.
8. W wyniku prowadzonych kontroli nie wykazano nieprawidłowości w stanie sanitarno-technicznym urządzeń wodociagowych.
9. Większość szpitali w województwie zachodniopomorskim (29 szpitali) korzystało z pralni z barierą higieniczną, 2 szpitale używały pralni własnych z układem tradycyjnym z ciągiem jednokierunkowym.
10. W wydzielone magazyny bielizny czystej i brudnej wyposażona jest większość szpitali.
11. Trzy szpitale posiadają własną spalarnię odpadów medycznych. Pozostałe miały podpisane umowy na utylizację z podmiotami zewnętrznymi.
12. Stan sanitarno-techniczny bloków żywienia wykazuje ciągłą poprawę.
13. Jakość posiłków szpitalnych jest gwarantowana dzięki stosowaniu procedur opierających się na zasadach HACCP oraz zasad Dobrej Praktyki Higienicznej i Produkcyjnej.

Akredytacje i certyfikaty jakości szpitali

Poniższe tabele wyszczególniają rodzaje certyfikatów i wyróżnień posiadanych przez poszczególne zakłady opieki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim, które takie dane przedstawiły do niniejszego sprawozdania.

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

Tab. 32 Certyfikaty w Szpitalach Klinicznych

ZOZ	Rodzaj/Nazwa certyfikatu	Nazwa instytucji certyfikującej	Okres ważności (daty od-do)
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 Szczecin	ISO 9001:2008	TUV SUD Polska Sp. Z o. o.	01.10.2009-15.08.2012
	Laboratorium Reumatologii - 5 certyfikatów potwierdzających spełnienie standardów jakości w medycznych laboratoriach diagnostycznych (2008/2009/2010)	Institut fur Qualitätssicherung	Certyfikaty potwierdzające 2x w roku (maj, grudzień)
	Laboratorium Reumatologii - badania serologiczne w kierunku chorób wątroby stanów zapalnych żołądka o podłożu autoimmunologicznym	Institut fur Qualitätssicherung	Certyfikaty potwierdzające 2x w roku (maj, grudzień)
	Laboratorium Reumatologii - czynnik reumatoidalny, przeciwciała przeciwjądrowe, IgAGM, IgG, IgM	Institut fur Qualitätssicherung	Certyfikaty potwierdzające 2x w roku (maj, grudzień)
	Ogólnopolski Sprawdzian Wiarygodności Badań w Mikrobiologii - Laboratorium Mikrobiologii	Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej	Styczeń/marzec 2009/2010
	"Bezpieczny Szpital" 2009	Ranking "Rzeczpospolitej" i Centrum Monitorowania Jakości w Krakowie	10.2009
	"Bezpieczny Szpital" 2010	Ranking "Rzeczpospolitej" i Centrum Monitorowania Jakości w Krakowie	10.2010

	Krajowy Program Zewnętrznej Oceny Jakości dla Laboratoriów Immunologii Transfuzjologicznej - Bank Krwi, Pracownia serologii	Instytut Hematologii i Transfuzjologii	09.2009/2010
	"Gazeta Biznesu 2010"	Dziennik-Puls Biznesu	12.2010
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 Szczecin	Certyfikat jakości ISO 9001:2008 na usługi medyczne	Det Norske Veritas	09.12.2004-09.12.2013
	Bezpieczny szpital	Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia wraz z "Rzeczpospolitą"	17.10.2011-17.10.2012
	Certyfikat "Szpital bez bólu"	Polskie Towarzystwo Badań Bólu, Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Towarzystwo Chirurgów Polskich, Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne	13.12.2010-13.12.2013
	D&B Decide with Confidence	Dun and Bradstreet Poland Sp. z o.o.	Bezterminowy

Zródło: Informacje podmiotów leczniczych

Tab. 33 Certyfikaty w Szpitalach Samorządu Województwa

ZOZ	Rodzaj/Nazwa certyfikatu	Nazwa instytucji certyfikującej	Okres ważności (daty od-do)
Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony Szczecin	Certyfikat Systemu Zarządzania Jakością wg normy ISO 9011 (od 2004 roku)	Polskie Centrum Badań i Certyfikacji S.A. w Warszawie	05.10.2010-04.10.2013
	Certyfikat "Szpital bez bólu"	Polskie Towarzystwo Badania Bólu	21.10.2009-20.10.2012
Zachodniopomorskie Centrum Onkologiczne Szczecin	Certyfikat Zintegrowanego systemu zarządzania na zgodność z wymaganiami ISO 9001:2008, ISO 14001:2004, ISO 22000:2005, PN-N 18001:2004 obejmujący świadczenie usług medycznych w zakresie profilaktyki, diagnostyki, terapii onkologicznej, rehabilitacji i opieki paliatywnej, żywienia pacjentów oraz bezpieczeństwa informacji	Biuro Certyfikacji Systemów Zarządzania Polskiego rejestru Stałków S.A.	06.10.2012-05.10.2014

	Certyfikat Zintegrowanego systemu zarządzania na zgodność z wymaganiami: ISO/IEC 2000:2005 obejmujący świadczenie usług medycznych w zakresie profilaktyki, diagnostyki, terapii onkologicznej, rehabilitacji i opieki paliatywnej, żywienia pacjentów oraz bezpieczeństwa informacji.	Biuro Certyfikacji Systemów Zarządzania Polskiego rejestru Statków S.A.	06.10.2012- 05.10.2014
	Certyfikat Akredytacyjny	Centrum Monitorowania Jakości w ochronie zdrowia	31.12.2008- 30.12.2011
	Certyfikat "Szpital bez bólu"	Polskie Towarzystwo Badania Bólu	26.06.2009- 2.06.2012
Specjalistyczny Szpital im. Prof. Alfreda Sokolowskiego, Szczecin - Zdunowo	Certyfikat Systemu Zarządzania jakością nr 3/177/SZJ/2011 PN-EN ISO 9001:2009	Zetom-Cert Sp.z.o.o.	13.02.2014
	Certyfikat "Szpital bez bólu"	Polskie Towarzystwo Badania Bólu wraz z Polskim Towarzystwem Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Polskim Towarzystwem Ginekologicznym, Towarzystwem Chirurgów Polskich, Polskim Towarzystwem Ortopedycznym i Traumatologicznym	13.12.2013
	"Bezpieczny Szpital" 2010	Centrum Monitorowania Jakości Rzeczpospolita	Ogólnopolski Ranking Szpitali za 2010 r. organizowany w 2011 r.
	Certyfikat Akredytacyjny	Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia	15.05.2009 - 14.05.2012
	Szpital Przyjazny Dziecku	Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci UNICEF	bezterminowo
SP Specjalistyczny ZOZ "ZDROJE" Szczecin	Bezpieczny Szpital /finalista rankingu/	Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, "Rzeczpospolita"	Przyznany po raz kolejny w październiku 2009 (obecnie obowiązujący do sierpień 2012)
	Certyfikat Programu Kontroli Jakości Badań	Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej	Przyznany po raz kolejny w 2009 i utrzymany w 2011 r.
	Certyfikat RANDOX	Międzynarodowy Program Kontroli Jakości	Przyznany po raz kolejny w 2009 i utrzymany w 2011 r.

	Certyfikat POLMIGRO	Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej	Przyznany po raz kolejny w 2009 i utrzymany w 2011 r.
Szpital Wojewódzki Koszalin	Certyfikat ISO 9001:2009	TUV NORD Polska Sp.z.o.o.	19.12.2007r.- 18.12.2013r.
	Wyrożnienie "Perły Medycyny 2011"	Ogólnopolski Konkurs Medyczny	1 rok
Specjalistyczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc Koszalin	ISO 9001:2000	DEKRA CERTIFICATION SP. Z O.O.	Ważny do 18.12.2011r. - planowana recertyfikacja 8-10 grudnia 2011r.
Regionalny Szpital Kołobrzeg	Certyfikat akredytacyjny	Ośrodek Akredytacyjny Centrum Monitorowania Jakości w Służbie Zdrowia	27.11.2008- 26.11.2011
	ISO 9001:2008 System Zarządzania Jakością	Dekra Certification GmbH	16.07.2010- 15.07.2013
	ISO 14001:2004 System Zarządzania Ochroną Środowiska	Dekra Certification GmbH	13.06.2011- 17.06.2014
	PN-N 18001:2004 System Zarządzania Bezpieczeństwem i Higieną Pracy	Dekra Certification GmbH	13.06.2009- 14.06.2012
	ISO IEC 27001:2005 System Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji	Dekra Certification GmbH	12.07.2010- 13.07.2013
SP Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Gryfice	Certyfikat Akredytacyjny nr 2011/20	CMJ w Ochronie Zdrowia w Krakowie	22.07.2011- 21.07.2014
	Certyfikat Akredytacyjny nr 2008/07	CMJ w Ochronie Zdrowia w Krakowie	29.05.2008- 28.05.2011
	Certyfikat ISO/IEC 27001:2005 (ISMS)	ZSZJ w Warszawie Polskie Centrum Akredytacyjne	18.08.2010- 17.08.2013
	System Zarządzania Jakością ISO 9001:2008	TUV Management Service GmbH	12.05.2009- 28.03.2012
	System Zarządzania Środowiskiem ISO 14001:2004	TUV Management Service GmbH	11.09.2009- 02.09.2012

Źródło: Informacje podmiotów leczniczych

Tab. 34 Certyfikaty w zakładach opieki zdrowotnej powiatów

ZOZ	Rodzaj/Nazwa certyfikatu	Nazwa instytucji certyfikującej	Okres ważności (daty od-do)
Szpital Powiatowy w Pyrzycach	"Szpital bez bólu"	Polskie Towarzystwo Badania Bólu	29.03.2010- 28.03.2013

Szpital Powiatowy w Sławnie	ISO 9001:2008	Polski Rejestr Statków Biuro Certyfikacji	14.06.2006-5.07.2012
SP ZZOZ w Stargardzie Szczecińskim	POLMICRO 2010 Ogólnopolski Sprawdzian Wiarygodności Badań w Mikrobiologii	Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej	31.01.2011-30.01.2012
Szpital w Szczecinku Sp. z o.o.	ISO 9001:2001	Tuv-Nord Polska Sp. z o.o.	do 2015
	"Szpital bez Bólu"	Polskie Towarzystwo Badania Bólu	bezterminowo
	"Wiarygodności biznesowej"	Dun & Bradstreet Poland	bezterminowo

Źródło: Informacje podmiotów leczniczych

Tab. 35 Certyfikaty w Szpitalach resortowych MON i MSW

ZOZ	Rodzaj/Nazwa certyfikatu	Nazwa instytucji certyfikującej	Okres ważności (daty od-do)
Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji Koszalin	Certyfikat ISO 9001:2008	DEKRA Certilkation Sp. z o.o.	25.03.2011-16.03.2014
109 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ Szczecin	Certyfikat "Szpital bez bólu"	Polskie Towarzystwo Badań Bólu, Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Towarzystwo Chirurgów Polskich, Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne	20.10.2011-20.12.2014

Źródło: Informacje podmiotów leczniczych

Lecznictwo uzdrowiskowe

W 2010 roku sanatoria i uzdrowiska na obszarze województwa zachodniopomorskiego znajdowały się, tak jak w latach poprzednich, w 6 powiatach: m. Świnoujście, kamieński, kołobrzegi, koszaliński, sławieński, świdwiński. Status uzdrowisk posiada 5 miejscowości: Świnoujście, Kamień Pomorski, Kołobrzeg, Połczyn Zdrój i Dąbki (gmina Darłowo). Obiekty sanatoryjne znajdowały się w 11 następujących nadmorskich miejscowościach: Dziwnówek, Jarosławiec, Mieleno, Międzywodzie, Mrzeżyno, Pobierowo, Pustkowo, Sarbinowo, Unieście, Ustronie Morskie i Borne Sulinowo.

W roku 2010 na terenie województwa zachodniopomorskiego działalność prowadziło 57 placówek lecznictwa uzdrowiskowego i sanatoryjnego. W porównaniu z 2008 rokiem jest to o 5 placówek więcej.

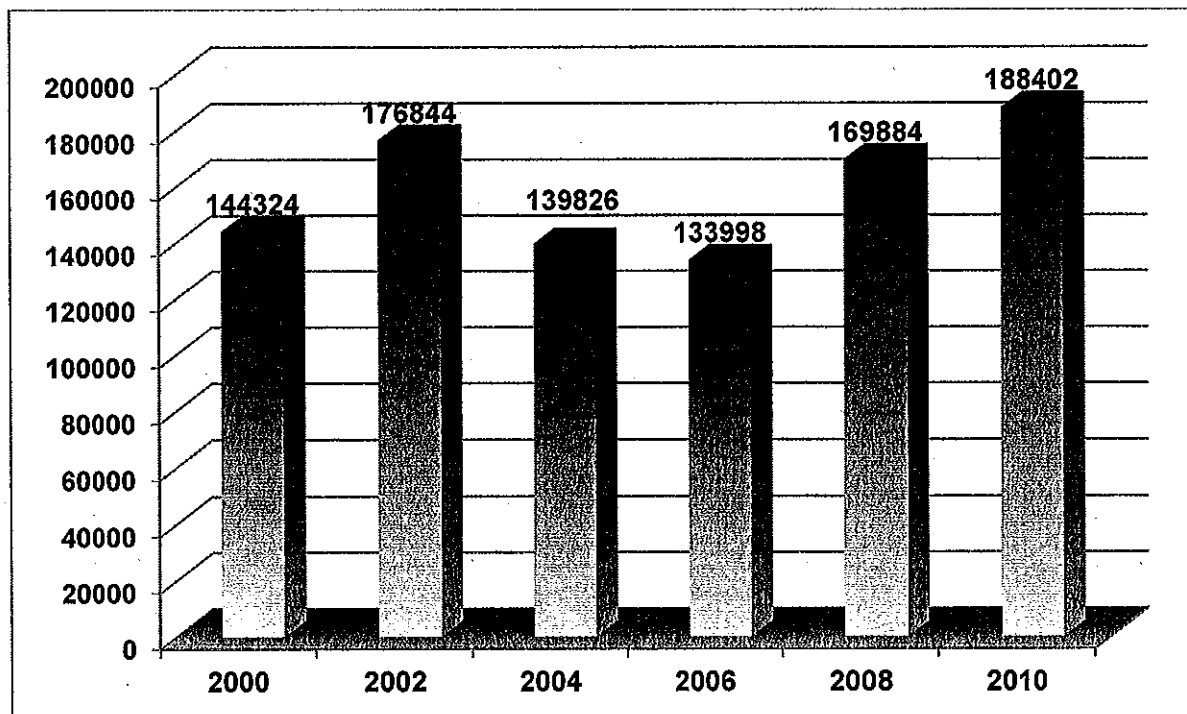
Tab. 36 Działalność lecznictwa uzdrowiskowego.

Wyszczególnienie	Lata				
	2002	2004	2006	2008	2010
Liczba placówek	73	68	54	52	57
Liczba łóżek	9 763	9 190	9 015	9 422	11 354
Liczba kuracjuszy	176 844	139 826	133 998	169 848	188 402

Źródło: Urząd Statystyczny w Szczecinie

W 2010 roku odnotowano znaczny wzrost liczby łóżek w porównaniu z wcześniejszymi latami. Jednocześnie zwiększyła się liczba kuracjuszy. W 2010 roku w województwie zachodniopomorskim z leczenia uzdrowiskowego i rehabilitacji skorzystało **188 402 kuracjuszy stacjonarnych** i **18 988 pacjentów ambulatoryjnych**. Poniższy wykres ilustruje zmiany zachodzące w liczbie kuracjuszy uzdrowisk w latach 2002 – 2010 .

Wyk 11. Liczba kuracjuszy – lecznictwo uzdrowiskowe (lata 2000 - 2010).



Źródło: Urząd Statystyczny w Szczecinie

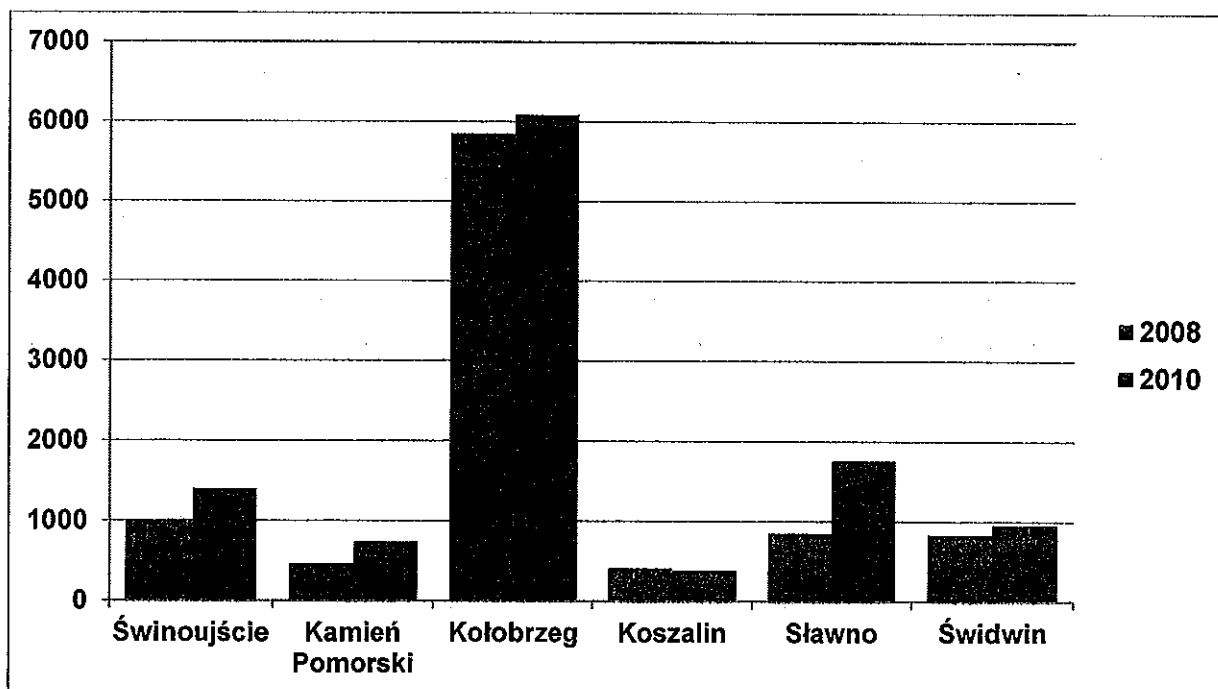
Tab. 37 Lecznictwo uzdrowiskowe według powiatów w 2008 i 2010 r.

Powiaty	Liczba placówek		Liczba łóżek		Liczba kuracjuszy	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010
Świnoujście	8	9	995	1 402	17 742	23 529
Kamień Pomorski	6	6	467	743	6 625	7 572
Kołobrzeg	26	28	5 853	6 091	107 629	106 159
Koszalin	3	3	416	391	8 200	7 181
Sławno	3	4	857	1 767	14 464	26 665
Świdwin	6	7	834	960	15 188	17 296
Razem	52	57	9 422	11 354	169 848	188 402

Źródło: Urząd Statystyczny w Szczecinie

Kołobrzeg to uzdrowisko, które posiada największą ilość placówek. W roku 2010 w stosunku do zeszłego okresu zwiększyła się liczba placówek i liczba łóżek. Nieznacznie zmalała natomiast liczba kuracjuszy, którzy odwiedzili to uzdrowisko w 2010 roku. Jednostkowe zwiększenie liczby placówek wystąpiło też w uzdrowiskach: świnoujskim, sławieńskim i świdwińskim. Liczba łóżek w lecznictwie uzdrowiskowym w 2008 i 2010 r. w poszczególnych powiatach została zaprezentowana na wykresie 12.

Wyk 12. Liczba łóżek w lecznictwie uzdrowiskowym w 2008 i 2010 r. (wg. powiatów)



Źródło: Urząd Statystyczny w Szczecinie

WNIOSKI:

1. Lecznictwo szpitalne nadal znajduje się w ciągłym procesie reorganizacji i dostosowania do aktualnych uwarunkowań.
2. Działalność stacjonarnej opieki zdrowotnej jest ściśle uzależniona od systemu kontraktowania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
3. Kryterium optymalnej dostępności do usług wyznaczają aktualnie takie czynniki jak: wykwalifikowana kadra medyczna, czy też wyposażenie w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną.
4. Warunki diagnostyczno-lecznicze i pobytowe w szpitalach poprawiły się dzięki aktualnie prowadzonym inwestycjom.
5. Podwyższono wskaźniki kierunkowe w zakresie liczby łóżek w opiece hospicyjnej i psychiatrycznej ze względów demograficzno-epidemiologicznych.
6. Z tych samych względów nadal obserwuje się niewystarczający dostęp do opieki długoterminowej i rehabilitacji leczniczej, pomimo iż w ostatnim okresie nastąpiło zwiększenie liczby łóżek w tym zakresie.
7. Utrzymano krótszy czas pobytu chorych w szpitalu.
8. W szpitalach ogólnych nastąpiło zmniejszenie liczby łóżek, liczby leczonych i obniżenie średniego wskaźnika wykorzystania łóżek.
9. Liczba leczonych w opiece dziennej i domowej zwiększa się systematycznie.
10. Liczba stanowisk dializacyjnych zwiększyła się ponad dwukrotnie.
11. Najdłuższe listy osób oczekujących utrzymywały się w oddziałach: rehabilitacji, chirurgii urazowo-ortopedycznej, okulistycznych i otolaryngologicznych, kardiologicznych, urologicznych i leczenia zaburzeń nerwicowych.
12. Stan sanitarno-techniczny szpitali poprawił się dzięki dalszym modernizacjom i remontom oraz nastąpiła znaczna odnowa aparatów RTG i urządzeń sterylizacyjnych.
13. Trwają prace legislacyjne dotyczące zmian minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych.
14. W województwie zachodniopomorskim obserwuje się stały wzrost zainteresowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej uzyskiwaniem akredytacji, certyfikatów ISO i udziałem w lokalnych i krajowych rankingach.
15. W zakresie lecznictwa uzdrowiskowego odnotowano wzrost liczby placówek, łóżek i kuracjuszy.

C. RATOWNICTWO MEDYCZNE

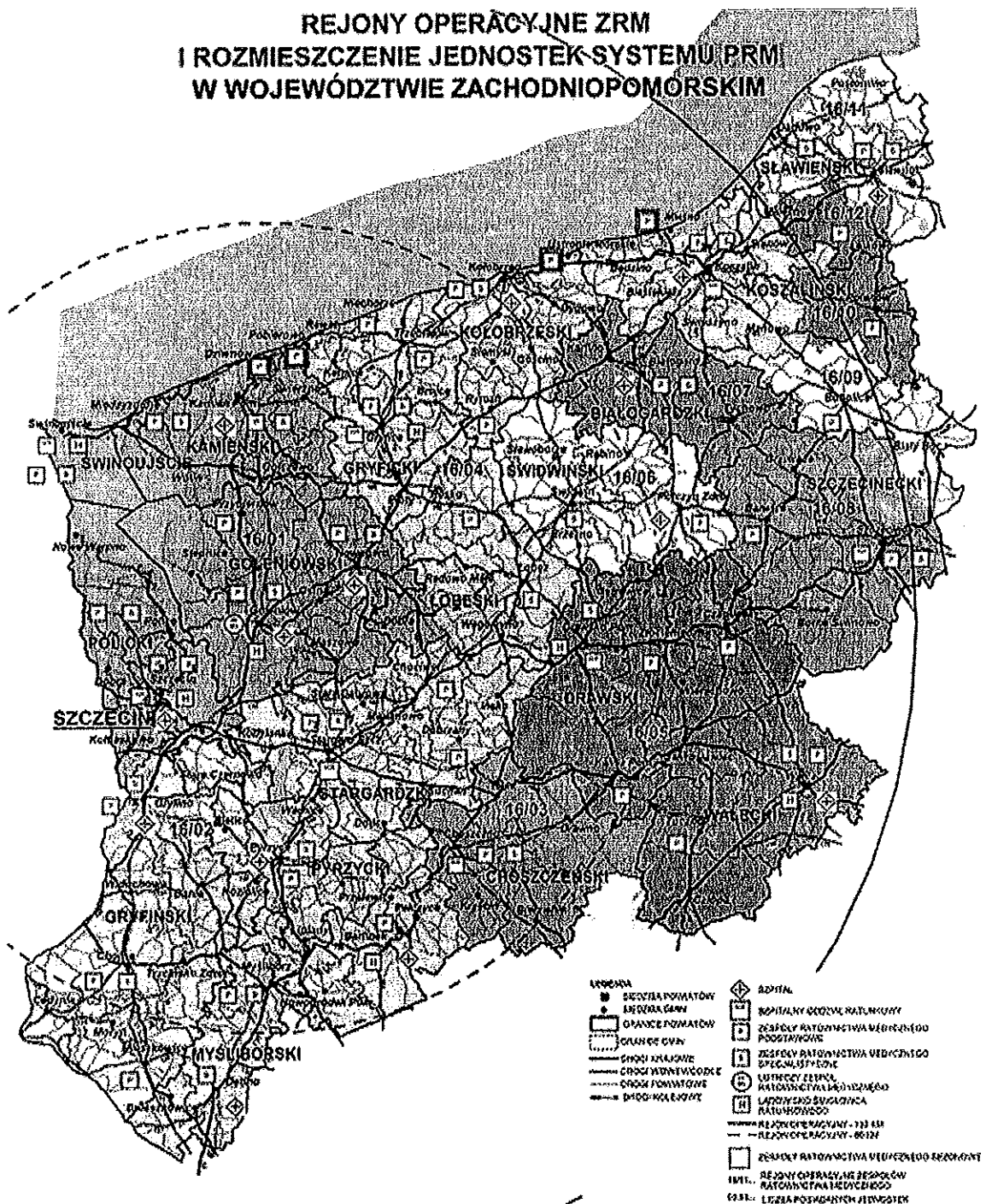
System Państwowego Ratownictwa Medycznego składa się obecnie z takich elementów jak: Zespoły Ratownictwa Medycznego (ZRM) i Szpitalne Oddziały Ratunkowe (SOR). Z systemem mogą współpracować centra urazowe oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego.

System Państwowego Ratownictwa Medycznego wykonuje część swoich zadań poprzez Centra Powiadamiania Ratunkowego (CPR) i Wojewódzkie Centrum Powiadamiania Ratunkowego (WCPR), które są jednostkami systemu powiadamiania działającymi w oparciu o dwie ustawy: ustawę o Państwowym Ratownictwie Medycznym i ustawę o ochronie przeciwpożarowej. CPR są miejscem funkcjonowania dyspozytorów medycznych i dyspozytorów Państwowej Straży Pożarnej.

W myśl ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym organem odpowiedzialnym za organizowanie, planowanie, koordynowanie i kontrolę systemu ratownictwa na terenie województwa jest wojewoda. Zadaniem wojewody jest sporządzanie „Planu Działania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego” w województwie. W miarę potrzeby plan taki może być aktualizowany. Plan jest dostępny na stronie Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego: www.szczecin.uw.gov.pl.

W województwie zachodniopomorskim w bieżącym okresie sprawozdawczym utworzono nowe Szpitalne Oddziały Ratunkowe. Poczyniono zmiany w obrębie Centrów Powiadamiania Ratunkowego. Usprawniono i zmodernizowano funkcjonowanie Zespołów Ratownictwa Medycznego.

Mapa 2. Rejony Operacyjne ZRM i rozmieszczanie jednostek Systemu w Województwie Zachodniopomorskim w 2010 r.



© Instytut Organizacji i Zarządzania Kryzysowego w Szczecinie
ul. 20 Stycznia, ul. Kościuszki 4, 71-403 25 51, e-mail: iiz@iizszecin.eu.pl

Źródło: Wydział Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego,
Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki
Plan Działania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego
Województwa Zachodniopomorskiego

Szpitalne Oddziały Ratunkowe

W 2010 roku na terenie województwa zachodniopomorskiego funkcjonowało 9 Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (SOR).

Tab. 38 Wykaz Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych w latach 2004, 2008 i 2010

Świadczeniodawca	2004 r.	2008 r.	2010 r.
SP Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie	X		X
SP Szpital Kliniczny nr 1 w Szczecinie	X	X	X
Regionalny Szpital w Kołobrzegu	X		
SP ZZOZ w Gryficach	X	X	X
Szpital Wojewódzki w Koszalinie	X		X
Specjalistyczny SP ZOZ „Zdroje” w Szczecinie	X	X	X
SP ZOZ w Choszcznie	X	X	X
Specjalistyczny Szpital w Szczecinie-Zdunowo			X
SP ZZOZ w Stargardzie Szczecińskim			X
Szpital Powiatowy w Drawsku Pomorskim			X

Źródło: Plan działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego Województwa Zachodniopomorskiego

W odniesieniu do „Planu działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2008-2010” w 2010 roku działalność rozpoczęło 5 nowych SOR-ów. W przyszłości planowane jest ponowne uruchomienie SOR w Kołobrzegu oraz uruchomienie SOR-ów w Świnoujściu i Szczecinku.

Zespoły Ratownictwa Medycznego

Finansowanie zespołów ratownictwa medycznego realizowane jest przez Wojewodę, za pośrednictwem Narodowego Funduszu Zdrowia. Zespoły ratownictwa medycznego dzielą się na podstawowe „P” i specjalistyczne „S”. Usprawniono i zmodernizowano funkcjonowanie Zespołów Ratownictwa Medycznego w ostatnim okresie.

Na terenie województwa zachodniopomorskiego funkcjonuje 6 dysponentów Zespołów Ratownictwa Medycznego:

- Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie
- Szpital w Szczecinku
- NZOZ „Falck” w Powiecie Sławieńskim
- NZOZ „Asklepios” w Bobolicach
- ZOZ w Polanowie
- ZOZ w Malechowie

Tab. 39 Liczba zespołów ratownictwa medycznego według powiatów (2004-2010 r.)

POWIAT	2004		2008		2010	
	"W"	"R"	"P"	"S"	"P"	"S"
Koszalin	3	2	5	2	5	2
Szczecin	7	7	9	5	9	5
Świnoujście	1	1	1	1	1	1
Białogardzki	1	1	1	1	1	1
Choszczeński	1	1	1	1	1	1
Drawski	1	3	2	2	3	1
Goleniowski	2	3	2	3	3	2
Gryficki	1	3	3	1	2	1
Gryfiński	2	2	3	2	3	2
Kamieński	2	2	2	2	2	2
Kołobrzeski	1	1	2	1	2	1
Kobeski	0	2	1	1	1	1
Myśliborski	2	3	2	2	2	1
Policki	1	1	1	1	1	1
Pyrzycki	1	1	1	1	1	1
Sławieński	2	1	3	1	2	2
Stargardzki	1	3	4	1	4	1
Szczecinecki	2	1	2	1	2	1
Świdwiński	2	0	1	1	1	1
Wałecki	2	1	2	1	2	1
RAZEM	35	39	48	31	48	29
	74		79		77	

* "W" – wypadkowe, "R" – reanimacyjne, "P" – podstawowe, "S" – specjalistyczne

Źródło: Informator statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2010 rok
Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki

W 2010 roku dysponenci zespołów ratownictwa medycznego dysponowali 77 zespołami ratownictwa medycznego, w tym 48 zespołów podstawowych i 29 zespołów specjalistycznych. Można zaobserwować, że liczba ambulansów specjalistycznych zmalała w porównaniu z poprzednimi okresami. Natomiast liczba ambulansów podstawowych pozostała bez zmian od 2008 r.

Tab. 40 Liczba ludności na 1 zespół ratownictwa medycznego (w tys.) – wg powiatów (2004 – 2010 r.)

Powiat	2004	2008	2010
Koszalin	21,6	24,5	24,6
Szczecin	29,4	29,1	29,0
Swinoujście	20,5	20,4	20,4
Białogard	24,2	24,1	24,1
Choszczno	25,1	24,9	24,8
Drawsko Pom.	14,6	14,4	14,3
Goleniów	16,6	15,9	16,1
Gryfice	15,2	15,2	20,2
Gryfino	20,7	16,6	16,5
Kamień Pom.	12,0	12,0	11,9
Kołobrzeg	38,0	25,6	25,7
Łobez	19,2	19,1	19,0
Mysliborz	13,5	16,8	22,3
Police	31,2	34,0	35,2
Pyrzyce	20,0	20,0	19,9
Sławno	19,3	14,3	14,3
Stargard Szcz.	30,0	23,8	23,9
Szczecinek	25,8	25,7	25,6
Swidwin	24,6	24,3	24,1
Wałcz	18,3	18,1	18,0
WOJEWÓDZTWO	22,9	21,4	22,0

Źródło: Informator statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2010 rok
Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki

Liczba ludności przypadająca na jeden zespół ratownictwa medycznego nieznacznie wzrosła w odniesieniu do poprzedniego okresu. Tendencja spadkowa została zatrzymana. Średnio w województwie przypada 22 000 mieszkańców na jeden zespół ratownictwa medycznego. Najwyższa liczba ludności na 1 zespół przypada w powiecie polickim i m. Szczecinie. Zaś najniższa w powiatach: kamieńskim, drawskim i sławieńskim.

Tab. 41 Liczba wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego - wg powiatów w 2008 i 2010 r.

Powiaty	2008			2010		
	Wyjazdy ogółem	w tym do wypadków		Wyjazdy ogółem	w tym do wypadków	
		Liczba	%		Liczba	%
Koszalin	11 038	1 778	16,1	8 790	1 218	13,9
Szczecin	44 111	7 962	18,0	43 912	3 607	8,2
Swinoujście	3 713	684	17,1	3 850	576	14,9
Białogard	3 148	490	15,6	3 411	542	15,9
Choszczno	3 432	269	7,8	3 551	161	4,5
Drawsko Pom.	5 159	1 022	19,8	5 147	859	16,7
Goleniów	7 123	1 438	20,1	6 853	1 095	16,0
Gryfice	6 934	1 130	16,3	5 153	679	13,2
Gryfino	7 566	1 310	17,3	7 852	932	11,9
Kamień Pom.	6 063	1 202	19,8	7 049	1 125	16,0
Kołobrzeg	6 265	1 117	17,8	6 798	1 167	17,2
Łobez	1 952	311	15,9	1 604	284	17,7
Myslibórz	7 296	1 057	14,5	5 918	562	9,5
Police	3 792	732	19,3	3 286	263	8,0
Pyrzyce	3 706	629	17,0	3 221	562	17,4
Sławno	4 618	440	9,5	4 629	407	8,8
Stargard Szcz.	11 152	1 372	12,3	11 211	1 485	13,2
Szczecinek	3 957	502	12,7	4 413	643	14,6
Świdwin	4 118	567	13,8	3 380	72	2,1
Wałcz	4 852	893	18,4	4 775	595	12,5
WOJEWÓDZTWO	149 995	24 850	16,6	144 803	16 833	11,6

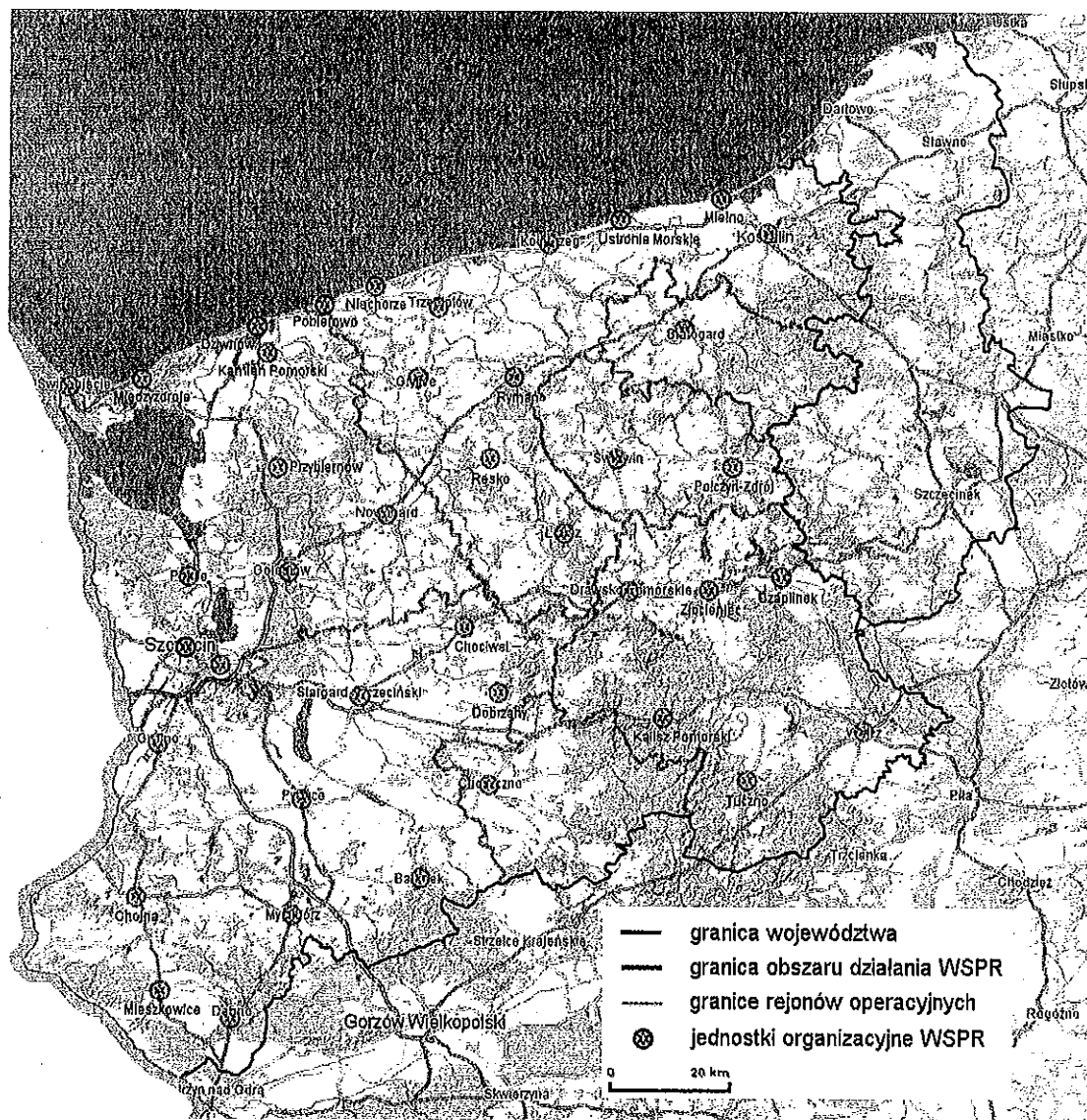
Zródło: Informator statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2010 rok
Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki

W 2010 roku zespoły ratownictwa medycznego wykonały 144 803 interwencje. Jest to o 5 192 interwencje mniej niż w poprzednim okresie. Cały czas utrzymuje się w tym względzie tendencja spadkowa. Zmniejszyła się również liczba wyjazdów do wypadków w 3/4 powiatów. Największe obniżenie tego wskaźnika odnotował powiat świdwiński, policki i m. Szczecin. Wzrost wyjazdów do wypadków nastąpił w powiecie szczecineckim, łobeskim, stargardzkim i białogardzkim.

Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego pełni najważniejszą rolę w realizowaniu zadań Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego na terenie województwa zachodniopomorskiego. Obsługuje 91% ludności województwa. W jej skład wchodzi 120 ambulansów ratunkowych: 74 ambulanse pełnią całodobowo dyżury, 15 służy do transportu sanitarnego i przewozu pacjentów na zlecenie podmiotu leczniczego, 31 ambulansów to rezerwa.

Jednym z nowoczesnych rozwiązań jest wprowadzenie systemu teletransmisji zapisu EKG z ambulansów do ośrodków kardiologii inwazyjnej w Szczecinie, Koszalinie, Szczecinku, Pile i Gorzowie Wielkopolskim. Oznacza to usprawnienie transportu pacjentów z zawałem serca. W 24 karetkach zainstalowano również aparaty do masażu klatki piersiowej. Umożliwiają one ratownikowi równoczesne wykonywanie innych niezbędnych czynności przy pacjencie.

Mapa 3. Obszar działania Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie w 2010 r.



Źródło: Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie.

Lotnicze Pogotowie Ratunkowe

Województwo zachodniopomorskie jest wydzieloną częścią rejonu operacyjnego Region Zachód SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe. Administracyjnie stanowi ono Oddział Szczecin.

W województwie zachodniopomorskim zlokalizowane są statki powietrzne:

- Zespół Śmigłowej Służby Ratownictwa Medycznego (HEMS Szczecin), stacjonujący na lotnisku Szczecin-Goleniów – całorocznie w godzinach 7.00-20.00
- Zespół Śmigłowej Służby Ratownictwa Medycznego (HEMS Koszalin), stacjonujący na lotnisku Zegrze Pomorskie – sezonowo od 1 czerwca do 5 września w godzinach 7.00-20.00 w promieniu 130 km z gotowością do 30 minut.

Zespoły HEMS udzielają świadczeń zdrowotnych w ramach których realizują zadania z zakresu medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez: lotniczy zespół ratownictwa medycznego, lotniczy zespół transportu sanitarnego. Lotnicze Pogotowie Ratunkowe stwarza możliwość transportu bezpośrednio z miejsca zdarzenia do specjalistycznych ośrodków.

Gotowość do startu lotniczego zespołu ratownictwa medycznego wynosi w dzień:

- w promieniu 80 km od miejsca stacjonowania do 4 minut.
- w promieniu 130 km od miejsca stacjonowania do 15 minut
- w promieniu powyżej 130 km od miejsca stacjonowania do 30 minut

W ramach medycznych czynności ratunkowych Lotnicze Pogotowie Ratunkowe umożliwia transport pacjenta bezpośrednio z miejsca zdarzenia/wezwania do takich ośrodków specjalistycznych, jak: oparzeniowe, replantacji kończyn, tlenoterapii hiperbarycznej.

W 2010 r. na terenie województwa zachodniopomorskiego było 13 szpitali, które miały dostęp do miejsca startów i lądowań śmigłowców ratownictwa medycznego, w tym tylko 1 Szpital w Gryficach posiadał lądowisko, 4 szpitale posiadały tzw. przyszpitalne miejsca do startów i lądowań śmigłowców, a pozostałe szpitale korzystały z lądowisk wojskowych, klubów lotniczych, obiektów sportowych i przestrzeni parkowych.

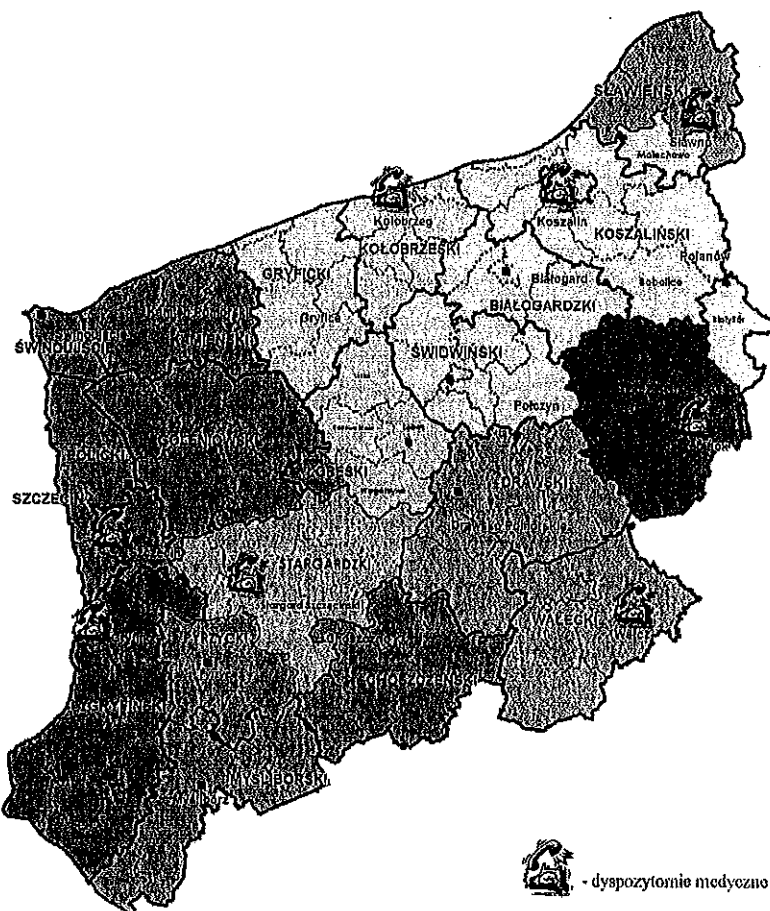
Centrum Powiadamiania Ratunkowego

Centra Powiadamiania Ratunkowego (CPR) są wspólnymi jednostkami Państwowego Ratownictwa Medycznego i Państwowej Straży Pożarnej działającymi w zakresie zadań wykonywanych przez dyspozytorów obu służb. Działalność CPR reguluje *rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie organizacji i funkcjonowania centrów powiadamiania ratunkowego i wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego*.

W roku 2010 w województwie zachodniopomorskim funkcjonowała przejściowa struktura systemu powiadamiania ratunkowego. W połowie roku 2010 na terenie województwa funkcjonowało 15 dyspozytorni medycznych. Pod koniec 2010 ich liczba zmalała do 8. Trwa dalsza redukcja ilości dyspozytorni medycznych. Mniejsza liczba dyspozytorni medycznych zapewni efektywniejsze i sprawniejsze wykorzystanie zasobów Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego na terenie województwa zachodniopomorskiego. Scentralizowane dyspozytornie medyczne będą funkcjonowały w oparciu o nowoczesne środki łączności i technologie informatyczne wspomagające zarządzanie

zespołami ratownictwa medycznego, koordynację i monitorowanie działań ratowniczych oraz sprawne przesyłanie danych i bieżących informacji.

Mapa 4. Lokalizacja i obszar działania dyspozytorni medycznych w okresie przejściowym w 2010 r.



Źródło: Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki

Według „Planu Działania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego Województwa Zachodniopomorskiego” system powiadamiania ratunkowego ma być oparty na dwóch dyspozytorniach zlokalizowanych w Szczecinie i Kolobrzegu. Rolę koordynatora będzie pełnić Wojewódzkie Centrum Powiadamiania Ratunkowego (WCPR) z siedzibą w Szczecinie.

Realizacja zmian w strukturze dyspozytorni medycznych zależy od takich czynników jak: tempo integrowania systemu informatycznego dla WCPR, modernizacja struktur łączności w województwie, ilość środków finansowych z budżetu państwa przeznaczonych na ten cel.

WNIOSKI:

1. **Odpowiedzialnym za organizację, planowanie, koordynację i kontrolę systemu ratownictwa medycznego na terenie województwa jest wojewoda (Plan Działania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego).**
2. **Zgodnie z Planem poczyniono zmiany w obrębie Systemu Powiadamiania Ratunkowego zmniejszając liczbę dyspozytorni medycznych (centralizacja dyspozytorni w kierunku Wojewódzkiego Centrum Powiadamiania Ratunkowego).**
3. **Usprawniono i zmodernizowano funkcjonowanie Zespołów Ratownictwa Medycznego.**
4. **Rozpoczęło działalność pięć nowych Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych.**
5. **Zdecydowanie zmniejszyła się liczba wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego do wypadków w $\frac{3}{4}$ powiatów.**
6. **Wprowadzono system teletransmisji zapisu EKG z ambulansów do ośrodków kardiologii inwazyjnej w Szczecinie, Koszalinie, Szczecinku, Pile i Gorzowie, co usprawniło transport pacjentów z zawałami serca.**
7. **Lotnicze Pogotowie Ratunkowe zlokalizowane w 3 ośrodkach umożliwia maksymalne skrócenie czasu transportu pacjenta do placówki wysokospecjalistycznej z miejsca zdarzenia.**

D. PROFILAKTYKA I PROMOCJA ZDROWIA

Jednym z przyjętych zadań strategicznych w *Strategii sektorowej* jest stworzenie systemu rozwoju promocji zdrowia i profilaktyki.

Obserwuje się systematyczny wzrost zainteresowania obszarem profilaktyki i promocji zdrowia, jako skutecznego narzędzia chroniącego przed poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi, a co za tym idzie rosnącymi kosztami finansowymi diagnostyki i terapii. Pomimo tego ilość środków finansowych przekazywana na ten cel jest ciągle niedostateczna. Nakłady finansowe na realizację programów zdrowotnych są relatywnie niewielkie, co uniemożliwia podejmowanie działań na większą skalę. Problem stanowi również brak formalnego instytucjonalnego koordynatora, odpowiedzialnego za realizację zadań w województwie, a także wielosektorowość działań, która prowadzi do powielania interwencji, wykonywania w nadmiarze lub całkowitego ich zaniechania.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2008 roku w sprawie przekazywania informacji o programach zdrowotnych oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje (Dz.U.Nr 163, poz.1024) obowiązkiem powiatów jest przekazywanie marszałkowi województwa rocznych informacji z realizacji programów zdrowotnych i planów na rok następny (gminy i powiat razem), które następnie są przekazywane do ministerstwa zdrowia za pośrednictwem wojewody. Dysponując informacjami o realizowanych programach można stworzyć długofalowy plan zabezpieczenia działań profilaktycznych i promocji zdrowia z uwzględnieniem obszarów szczególnego zagrożenia zdrowotnego dla mieszkańców poszczególnych regionów. Z uwagi na brak układu hierarchicznego, samorządy samodzielnie realizują programy zdrowotne, w ramach środków własnych, które niejednokrotnie nie wyczerpują listy koniecznych działań profilaktycznych i promocji zdrowia. Wydaje się, że Ministerstwo powinno przyjąć rolę koordynatora tychże działań i poprzez analizę zagrożeń i zasobów województw wypracować spójną strategię profilaktyczną i promocji zdrowia. Działania te powinny równocześnie dążyć do stałego monitorowania podejmowanych działań na 3 etapach: wdrożenia, realizacji i ewaluacji z możliwością wglądu samorządów. Korzyści takiego działania byłyby znaczące: dzięki możliwości wglądu do prowadzonych działań profilaktycznych samorządy mają możliwość świadomej alokacji interwencji, a także nawiązania współpracy (tworzenie wspólnych projektów, wymiana dobrych praktyk i doświadczeń, rywalizacja o osiągnięcie możliwie najlepszych wyników), co bezpośrednio przełożyłoby się na jakość i wyniki działań.

Samorząd województwa zachodniopomorskiego stworzył dokument strategiczny pn.: **„Zadania Samorządu Województwa Zachodniopomorskiego w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia do realizacji na lata 2005-2015”**. „Zadania ...” nakreślają kierunki przyjętych działań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem priorytetowych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa zachodniopomorskiego. Zakres współpracy przyjęty pomiędzy jednostkami samorządu terytorialnego, a realizatorami strategii profilaktycznych nie wkracza w kompetencje poszczególnych podmiotów, lecz ustala konieczne formy postępowania

i odpowiedzialność za ich realizację. Poszczególne sektory i partnerzy w działaniach mają dostrzegać wzajemne korzyści z inwestowania w zdrowie polegające na przeznaczaniu środków finansowych na kształtowanie i rozwijanie zdrowia całej populacji. Tym sposobem samorząd województwa zachęca organizatorów do tworzenia koalicji i budowania idei partnerstwa na rzecz zdrowia. Pomimo tego dokument ten wydaje się być pomijany w działaniach planowanych przez samorządy niższego szczebla. Stąd też tak bardzo istotne jest powołanie koordynatora odpowiedzialnego za realizację działań profilaktycznych i promocji zdrowia w województwie.

W dniu 21 sierpnia 2009 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych, które szczegółowo określa zakres najważniejszych działań, które bezwzględnie powinny zostać podjęte w sektorze zdrowia: Należy do nich:

1. zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu: chorób naczyniowo-sercowych, w tym zawałów serca i udarów mózgu, nowotworów złośliwych, przewlekłych chorób układu oddechowego,
2. ograniczenie skutków urazów powstałych w wyniku wypadków, w szczególności poprzez skuteczną rehabilitację osób poszkodowanych,
3. zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych,
4. zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego,
5. zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom,
6. ograniczanie szkód zdrowotnych spowodowanych: spożywaniem alkoholu, używaniem substancji psychoaktywnych, paleniem tytoniu,
7. przeciwdziałanie występowaniu otyłości i cukrzycy,
8. ograniczanie skutków zdrowotnych spowodowanych czynnikami szkodliwymi w środowisku pracy i zamieszkania,
9. poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3,
10. zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia,
11. rozwój opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem kompensowania utraconej sprawności,
12. poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej nad pacjentem w wieku podeszłym.

W piątym okresie sprawozdawczym profilaktyką i promocją zdrowia nadal zajmowały się różne instytucje, wśród których wymienić należy przede wszystkim: administrację rządową, administrację samorządową, ubezpieczenia zdrowotne, instytucje sanitarno-epidemiologiczne i placówki oświatowo-wychowawcze oraz organizacje pozarządowe. Wielu z nich kontynuowało wcześniejsze zadania, inicjowało nowe lub współuczestniczyło w propozycjach programowych innych instytucji.

Samorząd województwa zachodniopomorskiego

Podobnie jak w przypadku poprzedniego okresu sprawozdawczego, w latach 2009-2010 samorząd województwa kontynuował realizację zadań wynikających z dokumentu strategicznego pn. „**Zadania Samorządu Województwa Zachodniopomorskiego w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia do realizacji na lata 2005-2015**”.

Zakres programów realizowanych przez samorząd województwa korespondował z priorytetami zdrowotnymi przyjętymi w planach i programach o charakterze krajowym oraz rezolucjami WHO (World Health Organization – Światowa Organizacja Zdrowia) a także z priorytetami zdrowotnymi ustalonymi dla Polski w 2009 roku.

W latach 2009-2010 samorząd województwa realizował zadania z zakresu:

- 1. Profilaktyki chorób nowotworowych (rak piersi, szyjki macicy, rak prostaty)**
- 2. Profilaktyki chorób układu krążenia**
- 3. Profilaktyki chorób przewlekłych (astma, cukrzyca, osteoartroza, osteoporoza)**
- 4. Profilaktyki grypy i jej powikłań**
- 5. Zapobiegania HIV/AIDS**
- 6. Przeciwdziałania uzależnieniom: narkomania i alkoholizm – kompleksowy program**
- 7. Promocji zdrowia psychicznego**
- 8. Zapobiegania wypadkom, urazom i zatruciom**
- 9. Promocji honorowego krwiodawstwa**
- 10. Wspierania opieki hospicyjnej**
- 11. Edukacji zdrowotnej dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym**

W piątym okresie sprawozdawczym wydatki z budżetu województwa zachodniopomorskiego nieznacznie zmniejszyły się w stosunku do okresu poprzedniego. W sumie na przestrzeni lat 2001-2010 wydatkowano ponad 12,5 mln złotych. Szczegóły w tabeli poniżej.

Tab. 42 Finansowanie profilaktyki i promocji zdrowia przez samorząd województwa w zł w latach 2001 – 2010

2001-2002	2003-2004	2005-2006	2007-2008	2009-2010	Razem
640 677	2 880 062	3 292 450	2 899 330	2 831 827	12 544 346

Oprac. Wydział Zdrowia UM

W bieżącym okresie sprawozdawczym w realizacji zadań profilaktyki i promocji zdrowia na terenie województwa zachodniopomorskiego uczestniczył Narodowy Fundusz Zdrowia, który finansował profilaktyczne programy zdrowotne w kwocie 16 939 986,45 zł. W porównaniu do

poprzedniego okresu sprawozdawczego (kwota 12 831 571 zł) finansowanie profilaktycznych programów zdrowotnych zwiększyło się o 4 108 415,45 zł. Szczegółowy podział wydatkowanych środków przez ZOW NFZ na poszczególne programy zamieszczono w tabeli 43.

Tab. 43 Finansowanie profilaktycznych programów zdrowotnych przez ZOW NFZ 2009-2010 w zł

Nazwa programu	Kwota wydatkowana w	
	2009	2010
Program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy	3 459 126,60	4 526 440,2
Program profilaktyki raka piersi – etap pogłębionej diagnostyki	193 003	194 441
Program profilaktyki raka szyjki macicy– etap podstawowy	1 162 530,45	1 065 582
Program profilaktyki raka szyjki macicy– etap diagnostyczny	1 150 301,25	1 032 210,75
Program profilaktyki raka szyjki macicy– etap pogłębionej diagnostyki	8 092	12 138
Program badań prenatalnych	1 260 025,2	1 206 076,2
Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP – przewlekłej obturacyjnej choroby płuc) – etap podstawowy	52 863	11 916
Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP) etap specjalistyczny	19 436,4	15 512,4
Program profilaktyki chorób układu krążenia	641 232	596 208
Program profilaktyki gruźlicy	195 884	136 968
Razem	8 142 493,9	8 797 492,55

Źródło: ZOW NFZ

W 2010 r. Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego chcąc odpowiedzieć na liczne potrzeby zgłaszane przez samorządy powiatowe i gminne po raz pierwszy zorganizował **Zachodniopomorskie Forum Samorządowe Profilaktyki i Promocji Zdrowia (ZFSPiPZ)**.

Zachodniopomorskie Forum Samorządowe Profilaktyki i Promocji Zdrowia to wieloletnia inicjatywa mająca na celu promocję zdrowia i działań zmierzających do zwiększania potencjału zdrowotnego mieszkańców Regionu.

Celem przedsięwzięcia jest przede wszystkim wymiana doświadczeń i analiza lokalnych problemów i osiągnięć w zakresie podejmowanych działań zdrowotnych. Czas Forum, to czas poświęcony dyskusjom na tematy związane z podniesieniem jakości zdrowia mieszkańców poprzez działania profilaktyki i promocji zdrowia, ale także prezentacja dobrych praktyk i osiągnięć w tym

zakresie. Scalanie i integracja środowisk podejmujących wyzwania promocji i ochrony zdrowia poprzez podejmowanie współpracy, wymianę doświadczeń oraz zaangażowanie w budowę świadomości prozdrowotnej to inwestycja, której wymierną korzyścią są lata zdrowia mieszkańców.

Pierwsze ZFSPiPZ, odbyło się 19 października 2010 r. pod auspicjami Ministerstwa Zdrowia. Patronat naukowy objął Pomorski Uniwersytet Medyczny (PUM) w Szczecinie, zaś medialne wsparcie uzyskano od *Rynku Zdrowia* i *Głosu Szczecińskiego*. Podczas spotkania swoje osiągnięcia, a także problemy w dziedzinie profilaktyki i promocji zdrowia przedstawiły jednostki samorządu terytorialnego: Województwo Zachodniopomorskie, Miasto Szczecin, powiat drawski oraz UMiG Gryfino, a także inne instytucje: Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki w Szczecinie, PUM w Szczecinie, Powiatowa Stacja Sanitarno- Epidemologiczna w Szczecinie, Polski Czerwony Krzyż Zachodniopomorski Zarząd Okręgowy (PCK ZZO) w Szczecinie, oraz realizatorzy programów zdrowotnych w wybranych szpitalach z terenu województwa (ZCO w Szczecinie, SPS ZOZ „Zdroje” w Szczecinie, Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie, Specjalistyczny Szpital im. prof. Alfreda Sokołowskiego w Szczecinie-Zdunowie).

Dodatkową atrakcją stanowiła wystawa prac plastycznych uczestników terapii zajęciowych prowadzonych w ramach psychiatrycznych programów profilaktycznych, a także stoiska realizatorów innych programów: „Szkoły Cukrzycy” (Specjalistyczny Szpital im. prof. Alfreda Sokołowskiego w Szczecinie-Zdunowie), „Różowa i niebieska wstążka” (ZCO w Szczecinie), BORDERNETwork (SPWSZ w Szczecinie) oraz wystawa przygotowana przez PCK ZZO w Szczecinie.

Forum spotkało się z dużym uznaniem uczestników, którzy potwierdzili konieczność organizacji spotkania w kolejnych latach. Po pierwszej edycji podjęto decyzję o kontynuacji przedsięwzięcia i opracowano znak graficzny ZFSPiPZ.



Logo Zachodniopomorskiego Forum
Samorządowego Profilaktyki i Promocji Zdrowia

Samorządy powiatowe

W piątym okresie sprawozdawczym samorządy powiatowe angażowały się w realizację zadań profilaktyki i promocji zdrowia poprzez organizację programów zdrowotnych oraz wspieranie organizacji pozarządowych w realizacji zadań publicznych. Znaczna większość powiatów nie posiada jednak opracowanego lokalnego programu w zakresie realizacji profilaktyki i promocji zdrowia. Tylko 5 z 17 powiatów, które wzięły udział w ankietyzacji, posiada powyższy program, niejednokrotnie ukierunkowany na wybrany obszar problemów zdrowotnych. Do powiatów tych należą:

1. powiat białogardzki – „Powiatowy program ochrony zdrowia psychicznego dla mieszkańców powiatu białogardzkiego na lata 2011 – 2015”,
2. powiat łobeski – „Program zdrowotny powiatu łobeskiego na lata 2007 – 2013”,

3. powiat stargardzki – „Program zdrowotny powiatu stargardzkiego”,
4. powiat szczecinecki – „Powiatowy program promocji zdrowia i profilaktyki”,
5. powiat świdwiński – „Powiatowy program działań na rzecz osób niepełnosprawnych”.

Brak opracowanej strategii działań profilaktycznych i promocji zdrowia skutkuje podejmowaniem działań przypadkowych i nieuzasadnionych. Dodatkowo w realizacji takich projektów ważnym jest przeprowadzenie wcześniejszej diagnozy, która pozwala na określenie istotnych obszarów zagrożenia zdrowotnego w środowisku lokalnym.

Na podstawie danych zaprezentowanych w ankietach, stwierdza się, że samorzady powiatowe na organizację profilaktyki i promocji zdrowia w latach 2009 – 2010 (bez programów dotyczących przeciwdziałania spożywaniu alkoholu i substancji psychoaktywnych) wydatkowały ponad 6 milionów złotych. Do najczęściej wymienianych obszarów interwencji należały:

- choroby nowotworowe, ze szczególnym uwzględnieniem raka szyjki macicy,
- chorób przewlekłych, w tym głównie cukrzycy, a także astmy i przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP),
- szczepienia ochronne – przeciwko grypie wśród populacji szczególnego ryzyka, przeciwko meningokokom z grupy C,
- zapobieganie HIV/AIDS.

Samorzady wspierały również organizacje pozarządowe w realizacji zadań publicznych. Z przeprowadzonej ankietyzacji wynika, że 53% samorządów powiatowych, które udzieliły odpowiedzi wspierało lub powierzało realizację zadań publicznych.

Z samorządów powiatowych i miast grodzkich największą aktywnością w latach 2009 - 2010 wykazało się:

- **miasto Koszalin**, na wsparcie organizacji pozarządowych wydatkowało kwotę 298 000 zł. Łącznie wsparciem objęto 12 organizacji pozarządowych, które realizowały zadania m.in. z zakresu: opieki hospicyjnej, psychiatrycznej, opieki nad osobami niepełnosprawnymi, ochrony i promocji zdrowia, rehabilitacji osób ze stomią, rehabilitacji kobiet po mastektomii, przeciwdziałania marginalizacji społecznej osób z niepełnosprawnością wzrokową, rehabilitacji i integracji osób chorujących na stwardnienie rozsiane, promocji honorowego krwiodawstwa.
- **miasto Szczecin** udzieliło wsparcia finansowego 16 organizacjom w kwocie 281 907,31 zł. Wsparcie dotyczyło zadań związanych z: edukacją i rehabilitacją kobiet po mastektomii, rehabilitacją i korekcją wad postawy u dzieci, kształtowaniem umiejętności radzenia sobie ze stresem, profilaktyką cukrzycy, aktywizacją osób starszych, edukacją i wsparciem dla rodziców osób z autyzmem, profilaktyką i edukacją osób żyjących z HIV i chorych na AIDS,

wspieraniem opieki paliatywnej, wyrównywaniem szans w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej dla osób bezdomnych, a także promocją honorowego krwiodawstwa.

- **powiat policki** – udzielenie wsparcia finansowego 4 organizacjom pozarządowym na łączną kwotę 86 000 zł. Zadania dotyczyły obszarów: profilaktyki zdrowotnej, honorowego krwiodawstwa, opieki hospicyjnej, pierwszej pomocy, a także aktywizacji seniorów.

Do innych powiatów wspierających działalność organizacji pozarządowych należały: miasto Świnoujście, powiat koszaliński, łobeski, stargardzki, szczecinecki i wałecki. Głównymi obszarami wsparcia były: choroby nowotworowe, choroby przewlekłe, profilaktyka i promocja zdrowia, opieka hospicyjna, pierwsza pomoc, honorowe dawstwo krwi, wspieranie osób niepełnosprawnych, a także wsparcie osób starszych. Łączne środki finansowe wydatkowane na realizację zadań publicznych przy udziale NGO (*non-governmental organizations – organizacje pozarządowe*) przez samorządy powiatowe w piątym okresie sprawozdawczym wynosiły 823 636,31 złotych.

Samorządy gminne

Uwzględniając dane ankietowe, w piątym okresie sprawozdawczym samorządy gminne określiły, że wśród zadań ochrony zdrowia najczęściej podejmują działania profilaktyki i promocji zdrowia. Podobnie jak samorządy powiatowe, działania te realizowane były poprzez współudział w programach zdrowotnych oraz zadaniach publicznych, zarezerwowanych dla organizacji pozarządowych.

Wyniki ankietyzacji wskazują, że nieliczne samorządy gminne posiadają opracowany lokalny program w zakresie realizacji profilaktyki i promocji zdrowia. Wśród gmin, które zwróciły ankietę tylko 15% posiada opracowany dokument.

W odniesieniu do realizacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia, odnotowano tendencję do współuczestnictwa w programach zainicjowanych przez inne instytucje lub jednostki samorządu terytorialnego ze szczególnym uwzględnieniem NFZ. Tendencje te są podobne do poprzedniego okresu sprawozdawczego.

Na podstawie wyników ankietyzacji można stwierdzić, że podejmowane działania o charakterze profilaktycznym i promocji zdrowia najczęściej dotyczyły obszarów chorób nowotworowych, chorób przewlekłych, a także szczepień ochronnych.

Jednocześnie warto zwrócić uwagę, że największą wartość finansowania osiągnęły programy profilaktyki raka szyjki macicy oraz programy profilaktyki zakażeń pneumokokami, w ramach których wykonywano szczepienia ochronne. Za przykład można podać:

- UM Police – realizacja „Profilaktycznego programu szczepień przeciwko pneumokokom” oraz „Profilaktycznego programu szczepień ochronnych przeciwko wirusom HPV wywołującym raka szyjki macicy, raka sromu, raka pochwy i brodawki płciowe”. Programy zostały zrealizowane z inicjatywy własnej gminy, na które przeznaczono kolejno 285 600 zł oraz 201 248 zł.
- UG Będzino – z inicjatywy własnej zrealizowano program pn.: „Profilaktyka przed rakiem szyjki macicy” na łączną kwotę 189 350 zł.

Na szczególną uwagę zasługują też samorzady gminne, które wykorzystując własne zasoby i środki opracowują, wdrażają i realizują określone programy zdrowotne, zgodnie z wcześniej stwierdzonymi lokalnymi potrzebami zdrowotnymi, tj:

- UM Police, który podjął się realizacji 12 programów zdrowotnych na łączną kwotę 692 733 zł.
- UG Mielno – realizacja siedmiu programów własnych na kwotę 188 263 zł.

Tylko 16 % samorządów gminnych, które udzieliły odpowiedzi wspierało lub powierzało realizację zadań publicznych organizacjom pozarządowym. Warto tutaj zaakcentować następujące gminy:

- UM Szczecinek – organizacje pozarządowe otrzymały wsparcie finansowe na łączną kwotę 449 754,87 zł, z czego 394 254,87 zł przeznaczono na realizację zadania związanego z wykonaniem szczepień przeciwko wirusowi HPV.
- UM Kołobrzeg – realizacja zadań na łączną kwotę 204 159,00 zł. Zadania obejmowały zagadnienia związane ze wsparciem osób niepełnosprawnych, rehabilitacją, wsparciem osób chorujących na choroby przewlekłe, profilaktyką nowotworową, profilaktyką wysiękowego zapalenia ucha środkowego, wsparciem i pomocą osobom starszym, opieką paliatywną. Łącznie zrealizowano 12 zadań.
- UM Goleniów - wydatkowano kwotę 210 000 zł na realizację zadań z zakresu chorób przewlekłych, chorób nowotworowych, kształtowania prawidłowych nawyków żywieniowych, higieny żywienia i zdrowego stylu życia, udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej.

Globalna kwota wydatkowana przez samorzady gminne na wspieranie lub powierzanie realizacji zadań publicznych w piątym okresie sprawozdawczym wynosiła 2 159 821,87 zł.

WNIOSKI:

- 1. Systematycznie wzrasta zainteresowanie obszarem profilaktyki i promocji zdrowia w jednostkach samorządu terytorialnego. Obszar ten wymaga jednak usystematyzowania i formalnego określenia instytucjonalnego koordynatora przez Ministerstwo Zdrowia.**

- 2. Jednostki samorządu terytorialnego kontynuowały zadania lub inicjowały nowe projekty. Jednak najbardziej popularne było współuczestnictwo samorządów w gotowych programach innych instytucji.**
 - 3. Narodowy Fundusz Zdrowia zwiększył finansowanie profilaktycznych programów zdrowotnych o ponad 4 mln zł.**
-
- 4. Województwo Zachodniopomorskie powołało do życia instytucję Zachodniopomorskiego Forum Samorządowego Profilaktyki i Promocji Zdrowia – wieloletniej inicjatywy mającej na celu promocję zdrowia i działań zmierzających do zwiększania potencjału zdrowotnego mieszkańców Regionu.**
 - 5. W większości gminy i powiaty nie posiadają opracowanych strategii działań profilaktycznych, co często skutkuje podejmowaniem działań przypadkowych i nieuzasadnionych.**
 - 6. Tylko nieliczne jednostki samorządu terytorialnego przeprowadziły diagnozę lokalną w celu określenia istotnych obszarów zagrożenia zdrowotnego.**
 - 7. Najczęściej wymieniane obszary interwencji to choroby nowotworowe, choroby przewlekłe i szczepienia ochronne.**

E. KADRY MEDYCZNE

Uczelnia medyczna

Za szkolnictwo wyższe kadry medycznej i paramedycznej na terenie województwa zachodniopomorskiego odpowiada Pomorski Uniwersytet Medyczny (PUM).

Do jednych z najistotniejszych zmian odnotowanych w funkcjonowaniu Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w analizowanym okresie sprawozdawczym jest zmiana dotychczasowej nazwy. Od roku 1992 Uczelnia działała jako Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie. W związku z posiadaniem przez Uczelnię licznych uprawnień do nadawania stopnia doktora oraz doktora habilitowanego na podstawie ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym, Akademia posiadała prawo do wystąpienia z wnioskiem o zmianę nazwy na tzw. uniwersytet przymiotnikowy. Z dniem 21 sierpnia 2010 roku nadano Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie nazwę „**Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie**”.

W latach 2009 – 2010 nastąpiły również liczne zmiany organizacyjne w zakresie utworzenia nowych kierunków studiów, i tak na Wydziale Nauk o Zdrowiu utworzono następujące kierunki:

- Dietetyka – studia I stopnia,
- Położnictwo – studia II stopnia,
- Zdrowie publiczne – studia II stopnia.

Na Wydziale powstały również studia podyplomowe w zakresie:

- Fizjoterapia w kardiologii i profilaktyce chorób układu krążenia,
- Fizjoterapia w onkologii i profilaktyce chorób nowotworowych,
- Neurokognitywistyka w patologii i zdrowiu (*neurokognitywistyka* to interdyscyplinarna specjalność łącząca psychologię z wiedzą na temat funkcjonowania mózgu).

Dodatkowo decyzją Senatu Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie z dnia 28 kwietnia 2010 r. utworzono na Wydziale Nauk o Zdrowiu Studium Doktoranckie. W 2009 r. uczelnia otrzymała również zgodę Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego na prowadzenie studiów I stopnia na kierunku higiena dentystyczna.

Liczba absolwentów w piątym okresie sprawozdawczym wykazuje wzrost w stosunku do okresów poprzednich. Pomorski Uniwersytet Medyczny w latach 2009 - 2010 ukończyło 1 220 absolwentów, w tym 35 osób uczestniczących w programie English Program. Szczegółowa informacja została zawarta w tabeli 42 .

Tab. 44 Liczba absolwentów Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w piątym okresie sprawozdawczym w latach 2009 -2010.

Nazwa Wydziału	2009	2010
Wydział Lekarski	134	153
Wydział Lekarsko - Stomatologiczny	88	95
Wydział Nauk o Zdrowiu	270	445
English Program	11	24
Razem	503	717

Źródło.: Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

W analizowanym okresie zostało nadanych 120 nowych stopni doktorskich, z tego 69 na Wydziale Lekarskim, 24 na Wydziale Lekarsko – Stomatologicznym i 27 na Wydziale Nauk o Zdrowiu.

Dodatkowo Pomorski Uniwersytet Medyczny podjął się realizacji projektów z udziałem środków unijnych, których celem było doskonalenie kadr zawodów medycznych i paramedycznych. Szczegóły w tabeli poniżej.

Tab. 45 Projekty realizowane przez PUM ze środków UE w ramach doskonalenia kadr zawodów medycznych i paramedycznych

L.p.	Nazwa projektu	Źródło finansowania	Czas realizacji	Wartość projektu w zł	Wartość dofinansowania
1.	„Postaw na jakość - realizacja Strategii Rozwoju Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie”	Europejski Fundusz Społeczny w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007 - 2013	1.04.2009 31.08.2014	7 520 340	100% dotacji rozwojowej
2.	„Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych”	Europejski Fundusz Społeczny w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007 - 2013	1.10.2009 – 30.06.2010	1 038 000	378 000 zł 100% prefinansowanie
3.	„Dietyk – poszukiwany specjalista w systemie promocji i ochrony zdrowia”	Europejski Fundusz Społeczny w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007 - 2013	1.10.2009 – 30.06.2015	2 475 143,80	100% dotacji rozwojowej
4.	„Przedsiębiorczy profesjonalista w polskim systemie zdrowia publicznego”	Europejski Fundusz Społeczny w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007 - 2013	1.02.2010 – 31.01.2015	1 479 672	100% dotacji rozwojowej

Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie ankietyzacji

Szkoły policealne medyczne

Samorząd Województwa Zachodniopomorskiego jest organem prowadzącym dla dwóch policealnych szkół medycznych, tj.:

1. Wojewódzkiego Zespołu Szkół Policealnych w Szczecinie,
2. Zespołu Szkół Medycznych w Świnoujściu.

W analizowanym, piątym okresie sprawozdawczym odnotowano zmiany w liczbie szkół medycznych. W 2010 r. Sejmik Województwa Zachodniopomorskiego podjął decyzję o wygaśnięciu działalności Policealnej Szkoły Medycznej w Koszalinie przy ul. Leśnej 1. Zaznaczyć należy również zmiany dotyczące kształcenia. Zaprzesano kształcenia w następujących zawodach: pielęgniarka, położna oraz technik analityki medycznej.

Zgodnie ze stanem aktualnym placówki medycznego kształcenia policealnego kształcą w zawodach:

- Technik elektroradiolog,
- Ratownik medyczny,
- Terapeuta zajęciowy,
- Technik dentystryczny,
- Technik farmaceutyczny,
- Technik masażysta,
- Dietetyk,
- Terapeuta zajęciowy,
- Opiekunka dziecięca – w systemie stacjonarno – wieczorowym,
- Technik masażysta – w systemie stacjonarno – wieczorowym,
- Opiekun medyczny – w systemie stacjonarno – wieczorowym,
- Opiekun osoby starszej – w systemie zaocznym,
- Opiekun w domu pomocy społecznej – w systemie zaocznym (technikum),
- Technik ortopeda.

Tabela poniżej przedstawia liczbę absolwentów policealnych szkół medycznych w pięciu okresach sprawozdawczych.

Tab. 46 Liczba absolwentów szkół medycznych w pięciu okresach sprawozdawczych

Zawód	I okres	II okres	III okres	IV okres	V okres
pielęgniarka	83	65	0	0	z*
położna	20	21	0	0	z*
technik analityki medycznej	41	43	48	0	z*
technik elektroradiolog	14	42	42	46	38
ratownik medyczny	83	143	177	141	89
terapeuta zajęciowy	28	129	230	114	64
technik fizjoterapii	171	233	280	138	0
technik dentystyczny	25	46	50	47	45
technik ortopeda	0	36	38	38	52
opiekunka dziecięca	202	18	18	0	0
technik farmaceutyczny	47	43	48	50	57
technik masażysta	0	16	64	233	124
opiekunka środowiskowa	0	23	37	0	0
pracownik socjalny	145	127	139	44	0
asystent osoby niepełnosprawnej	0	29	35	58	27
opiekun w DPS	0	23	14	31	0
Razem	859	1 037	1 244	940	561

z* - zaprzestano kształcenia

Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie ankietyzacji

Staże podyplomowe lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarek i położnych

Jednym z zadań samorządu województwa jest organizacja i zapewnienie odbycia stażu podyplomowego dla lekarzy medycyny i lekarza dentyisty oraz pielęgniarek i położnych wraz z finansowaniem tych zadań. Od 2009 r. staże podyplomowe lekarzy i lekarzy dentyistów finansowane są ze środków Funduszu Pracy. W piątym okresie sprawozdawczym nie odnotowano zakłóceń w organizacji staży podyplomowych. Współpraca Urzędu z samorządami zawodów medycznych oraz zakładami opieki zdrowotnej organizującymi staże i szkolenia dla lekarzy przebiegała w sposób sprawny i nie budzący zastrzeżeń.

W 2009 r. wydatkowano środki finansowe w wysokości 7 485 167,89 zł w ramach których staż odbyło 365 stażystów, z tego 256 lekarzy medycyny, 108 lekarzy dentyistów oraz 1 pielęgniarka. Prawo do wykonywania zawodu otrzymało 191 stażystów, z tego: 131 lekarzy medycyny i 60 lekarzy dentyistów. W 2010 r. w ramach wydatkowanej kwoty 7 737 840,20 zł realizację stażu podyplomowego zapewniono dla 383 stażystów: 261 lekarzy medycyny, 121 lekarzy dentyistów i 1 pielęgniarki. Po zakończeniu stażu prawo wykonywania zawodu otrzymało 175 stażystów, w tym: 124 lekarzy medycyny, 50 lekarzy dentyistów oraz 1 pielęgniarka.

Tab. 47 Liczba stażystów, którzy otrzymali prawo wykonywania zawodu w pięciu okresach sprawozdawczych

Zawód	I okres	II okres	III okres	IV okres	V okres
Lekarz medycyny	518	218	143	232	255
Lekarz dentysta	243	98	118	106	110
Pielęgniarki i położne	327	113	106	10	1

Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie ankietyzacji

Rozbieżności w przedstawionych liczbach w porównaniu I okresu sprawozdawczego do kolejnych okresów wynika z faktu, iż w I okresie sprawozdawczym statystycznie zliczano stażystów rozpoczynających, jak i kończących staże. Od II okresu sprawozdawczego zlicza się tylko tych, którzy zakończyli staż i otrzymali prawo wykonywania zawodu. Od IV okresu sprawozdawczego można zauważyć wysoką tendencję spadkową w grupie stażowej pielęgniarek i położnych. Wynika to z faktu, że w III okresie sprawozdawczym nastąpiła likwidacja pielęgniarskich szkół licealnych i szkół policealnych. Zgodnie z przepisami ostatni absolwenci tych szkół do końca 2010 r. mieli czas na odbycie stażu podyplomowego. W roku 2010 staż podyplomowy odbywała 1 pielęgniarka.

Specjalizacje w poszczególnych dziedzinach medycyny w województwie zachodniopomorskim

Aktualnie zadania związane z kształceniem podyplomowym personelu medycznego: lekarzy, lekarzy dentystów, magistrów farmacji oraz pracowników z wyższym wykształceniem w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia realizuje Oddział Zdrowia Publicznego Wydziału Polityki Społecznej Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego.

Zgodnie z prognozą zatrudnienia lekarzy do roku 2015, opracowaną przez Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia funkcjonującego niegdyś w strukturach Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego przewiduje się wzrost liczby lekarzy specjalistów na terenie województwa.

Według danych uzyskanych w badanym okresie sprawozdawczym specjalizacje były uzyskiwane w tzw. nowym trybie. Analiza liczby uzyskanych specjalizacji przez lekarzy medycyny nowym trybem w piątym okresie sprawozdawczym wykazuje wzrost w stosunku do czwartego okresu sprawozdawczego, jednakże w ujęciu ogólnym odnotowano spadek uzyskanych specjalizacji, czego przyczyną jest znacznie mniejsza liczba uzyskanych specjalizacji przez lekarzy dentystów.

W tabeli poniżej zaprezentowano uzyskane specjalizacje lekarskie zgodnie z tzw. nowym trybem na terenie województwa w czterech kolejnych okresach sprawozdawczych.

Tab. 48 Liczba uzyskanych specjalizacji lekarskich w czterech kolejnych okresach sprawozdawczych*

Specjalizacje lekarskie	Okres sprawozdawczy			
	II okres	III okres	IV okres	V okres
Lekarz medycyny	202	204	244	245
Lekarz dentysta	-	12	27	4
Inni	-	2	4	5
Ogółem:	202	218	275	254

* dotyczy tylko nowego trybu

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

WNIOSKI:

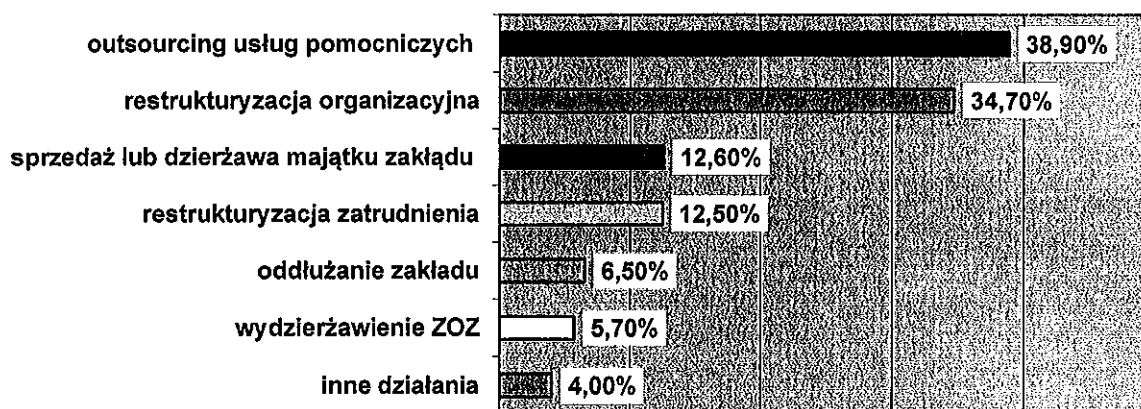
1. Utworzono nowe kierunki studiów w Pomorskim Uniwersytecie Medycznym.
2. Zaprzeszono kształcenia na kierunkach: pielęgniarstwa, położnictwa, technik analityki medycznej w policealnych szkołach medycznych.
3. Nie odnotowano absolwentów policealnych szkół medycznych na kierunkach: technik fizjoterapii, opiekunka dziecięca, opiekunka środowiskowa, pracownik socjalny, opiekun w DPS.
4. Lekarze dentyści uzyskali mniejszą liczbę specjalizacji, natomiast lekarze medycyny podobnie do okresu poprzedniego.
5. Nie rejestrowano zakłóceń w realizacji staży podyplomowych lekarzy i lekarzy dentyistów.

F. PRZEKSZTAŁCENIA WŁASNOŚCIOWE I POLITYKA INWESTYCYJNA

W latach 2009-2010 dynamika przekształceń własnościowych, szczególnie wśród jednostek wysokospecjalistycznych o znaczeniu regionalnym, znacząco spadła. Przyczyną tego zjawiska było, zarówno intensywne wdrożenie zmian restrukturyzacyjnych w latach 2000-2008, jak i brak przepisów prawnych, które umożliwiłyby bezpośrednią zmianę ich formy prawnej z pominięciem aktu likwidacji publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

W analizowanym okresie ok. 40% zakładów opieki zdrowotnej województwa zachodniopomorskiego nie podjęło żadnych działań restrukturyzacyjnych. Udział jednostek realizujących poszczególne działania restrukturyzacyjne na podstawie wyników ankietyzacji przedstawia wykres poniżej.

Wyk 13. Działania restrukturyzacyjne w latach 2009-2010



Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie ankietyzacji

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

Dokonywane zmiany miały również inny charakter, związany z długofalowym rozwojem systemu ochrony zdrowia w województwie. Działania przekształceniowe wprowadzane w V okresie miały na celu usprawnienie funkcjonujących struktur, podniesienie jakości i efektywności pracy oraz unowocześnienie bazy lokalowo-sprzętowej. Głównym celem działań restrukturyzacyjnych było obniżenie kosztów, szczególnie w zakresie usług pomocniczych i zarządzania oraz kontynuacji polityki efektywności usług medycznych, przy użyciu posiadanych zasobów (kadrowych i majątkowych) oraz poprawa jakości realizowanych świadczeń zdrowotnych.

Outsourcing

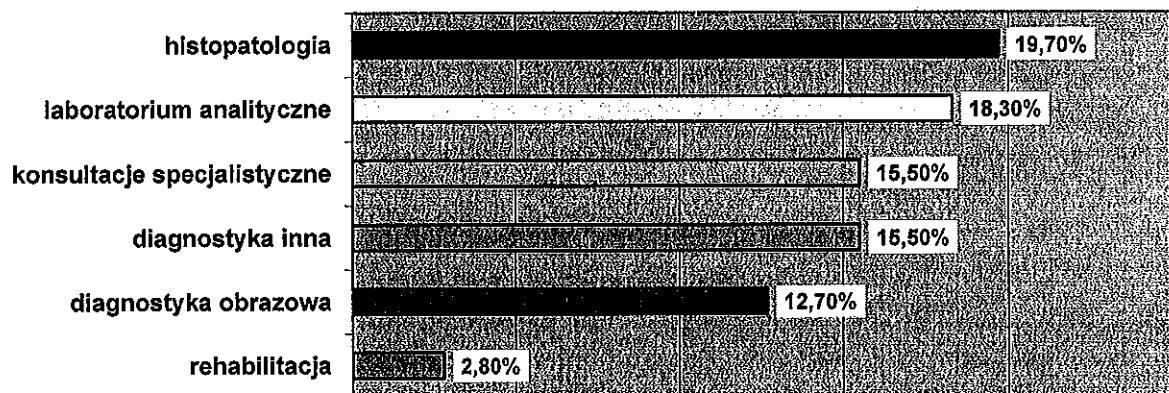
Najczęściej podejmowaną formą działań restrukturyzacyjnych w zakładach opieki zdrowotnej województwa zachodniopomorskiego w latach 2009-2010 był outsourcing usług pomocniczych, zarówno medycznych, jak i niemedycznych, kontynuowanie działań polegających na zwiększeniu efektywności posiadanych zasobów oraz racjonalnego ich zagospodarowania.

Outsourcing wpłynął na:

- redukcję kosztów zatrudnienia
- spadek kosztów remontów i nakładów na modernizację pomieszczeń,
- ograniczenie kosztów wymiany zużytego i wyeksploatowanego sprzętu i aparatury medycznej, np. dializatorów, analizatorów laboratoryjnych.

W zakresie usług medycznych największy odsetek zleconych na zewnątrz dotyczył: usług histopatologicznych – 19,7%, laboratorium analitycznego – 18,3% oraz konsultacji specjalistycznych i diagnostyki innej niż obrazowa – po 15,5%. Udział jednostek zlecających poszczególne usługi pomocnicze medyczne podmiotom zewnętrznym przedstawia wykres.

Wyk 14. Usługi pomocnicze medyczne zlecone na zewnątrz w latach 2009-2010

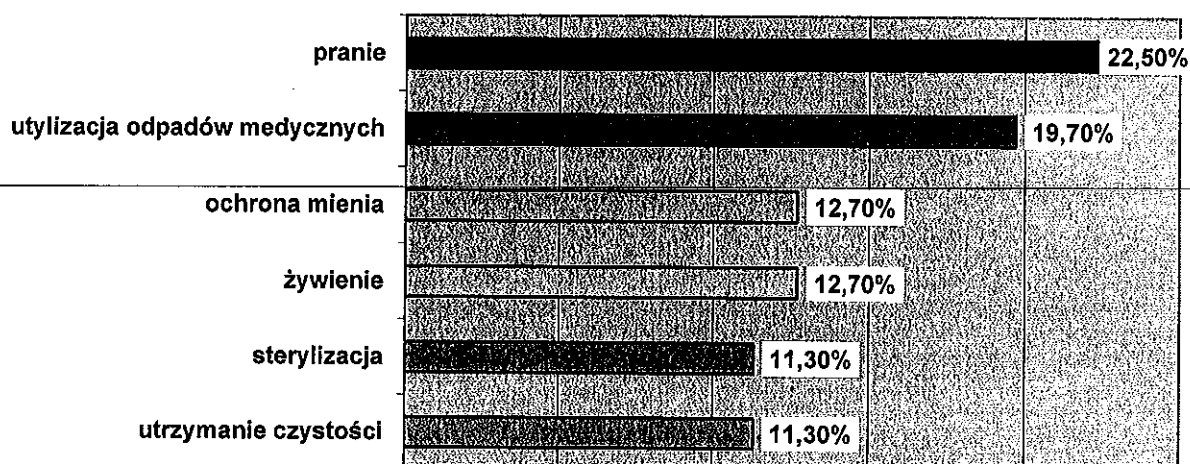


Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie ankietyzacji

Jednostki wojewódzkie, powiatowe oraz kliniczne i resortowe najczęściej wprowadzały outsourcing usług histopatologicznych – 22,1% tych jednostek, natomiast jednostki gminne oraz gminy na prawach powiatu – outsourcing usług diagnostycznych, w tym zarówno diagnostyki obrazowej, jak i pozostałej – 63,2% tych jednostek.

W zakresie usług niemedycznych największy odsetek zleconych na zewnątrz dotyczył: usług prania – 22,5% oraz utylizacji odpadów medycznych – 19,7%. Udział jednostek, zlecających poszczególne usługi pomocnicze niemedyczne podmiotom zewnętrznym przedstawia wykres.

Wyk 15. Usługi pomocnicze niemedyczne zlecone na zewnątrz w latach 2009-2010



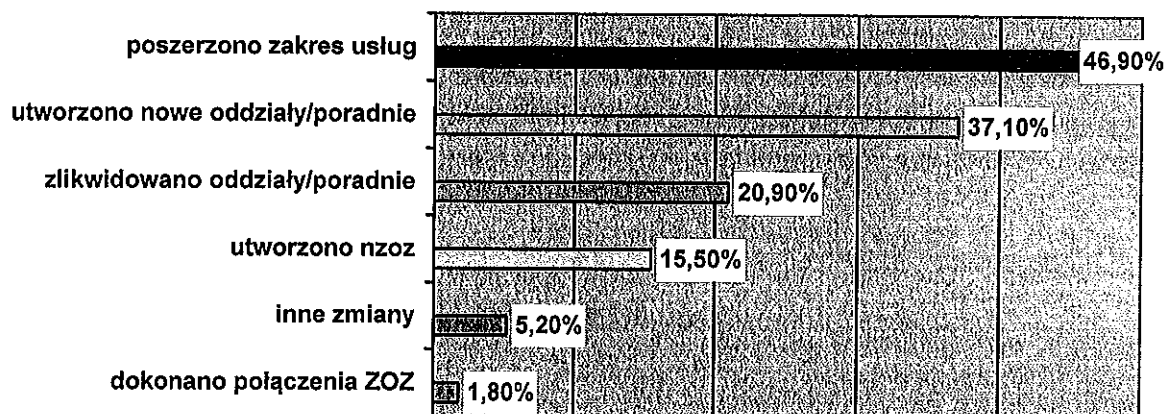
Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie ankietyzacji

Jednostki wojewódzkie, powiatowe oraz kliniczne i resortowe najczęściej wprowadzały outsourcing usług pralniczych – 29 % tych jednostek oraz utylizacji odpadów medycznych -24,5% tych jednostek. Jednostki gminne oraz gminy na prawach powiatu najczęściej zlecały na zewnątrz usługi utylizacji odpadów medycznych – 27,1% tych jednostek oraz usługi ochrony mienia – 16,7% tych jednostek.

Przekształcenia

W wyniku zrealizowanych działań restrukturyzacyjnych w latach 2009-2010 dokonały się liczne zmiany w strukturze zakładów opieki zdrowotnej województwa zachodniopomorskiego, związane z poszerzeniem lub zmniejszeniem zakresu realizowanych świadczeń zdrowotnych i usług medycznych, utworzeniem lub likwidacją oddziałów i poradni, a także procedurą łączenia (konsolidacji) zakładów opieki zdrowotnej. Udział jednostek z uwagi na dokonane zmiany w strukturze ZOZ w latach 2009-2010 przedstawia wykres.

Wyk 16. Zmiany dokonane w strukturze ZOZ w latach 2009-2010



Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie ankietyzacji

W jednostkach wojewódzkich, powiatowych oraz klinicznych i resortowych najczęstsze zmiany dotyczyły poszerzenia zakresu realizowanych świadczeń zdrowotnych i usług medycznych – 57,1% jednostek, a także utworzenia nowych oddziałów i poradni – 30,2%. Jednocześnie w tych jednostkach zaznaczył się wysoki odsetek likwidacji oddziałów i poradni – 26,3%. W strukturze jednostek gminnych i gmin na prawach powiatu zasadnicze zmiany polegały na utworzeniu niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej (nzo), który przejął kontynuację dotychczasowych całkowitych lub częściowych zadań jednostki – 38,9% jednostek.

Wdrażane w latach 2009-2010 procesy przekształceń w ochronie zdrowia miały za zadanie konsolidację realizowanych zadań bez pogorszenia dostępności, jakości i zakresu realizowanych świadczeń zdrowotnych.

Samorząd Województwa Zachodniopomorskiego dokonał połączenia Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „ZDROJE” w Szczecinie ze Specjalistycznym Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej nad Dzieckiem i Młodzieżą w Szczecinie przy ul. Wojciecha, dla których był podmiotem tworzącym. Dzięki podjętym decyzjom dotyczącym połączenia tych jednostek uzyskano:

- konsolidację opieki specjalistycznej nad dzieckiem i młodzieżą,
- możliwość zabezpieczenia świadczeń nowych specjalności medycyny dziecięcej w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym,
- zapewnienie wysokiego standardu leczenia i pobytu pacjentów, zgodnie z wymogami Ministerstwa Zdrowia i Unii Europejskiej,
- lepszą dostępność pacjentów do diagnostyki oraz lepsze wykorzystanie aparatury medycznej,
- optymalizację liczby łóżek i ich wykorzystania,
- poprawę warunków lokalowo-sprzętowych dla kadry medycznej,
- korzystniejszą alokację środków inwestycyjnych budżetowych i pozabudżetowych,
- zatrzymano proces narastania zadłużenia Szpitala Dziecięcego na Wojciecha.

Brak wystarczających podstaw prawnych pozwalających na bezpośrednie przekształcenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, nie wstrzymał procesu przekształceń własnościowych w szpitalach na terenie województwa zachodniopomorskiego.

W 2010 roku rozpoczął funkcjonowanie niepubliczny zakład opieki zdrowotnej pn. Szpital Polski Połczyn-Zdrój SA, który został przekształcony w spółkę ze szpitala powiatowego, działającego przez lata jako SPZOZ.

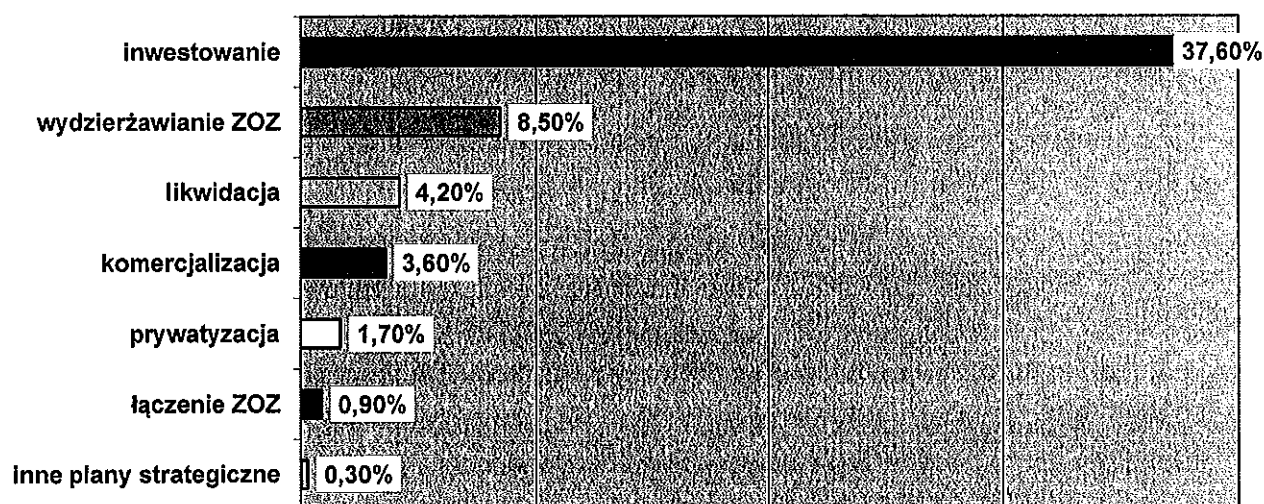
Należy podkreślić, że przekształceniom w spółki podlegały w szczególności samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej o trudnej sytuacji ekonomicznej, prowadzące działalność ze stratą i nie rokujące szans na poprawę wyniku finansowego.

Plany strategiczne

Spośród wskazanych planów strategicznych jednostek podstawowym kierunkiem przyjętych działań było inwestowanie – 37,6% jednostek, następnie wydierżawianie ZOZ podmiotowi zewnętrznemu, które wykazało 8,5% jednostek, likwidacja – 4,2% jednostek, komercjalizacja – 3,6% jednostek oraz prywatyzacja – 1,7% jednostek, a także łączenie ZOZ – 0,9% jednostek oraz inne plany strategiczne (np. dostosowanie szpitala do wymogów fachowo-sanitarnych określonych przez Ministra Zdrowia) – 0,3% jednostek.

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

Wyk 17. Decyzje (plany strategiczne) ZOZ podjęte w latach 2009-2010

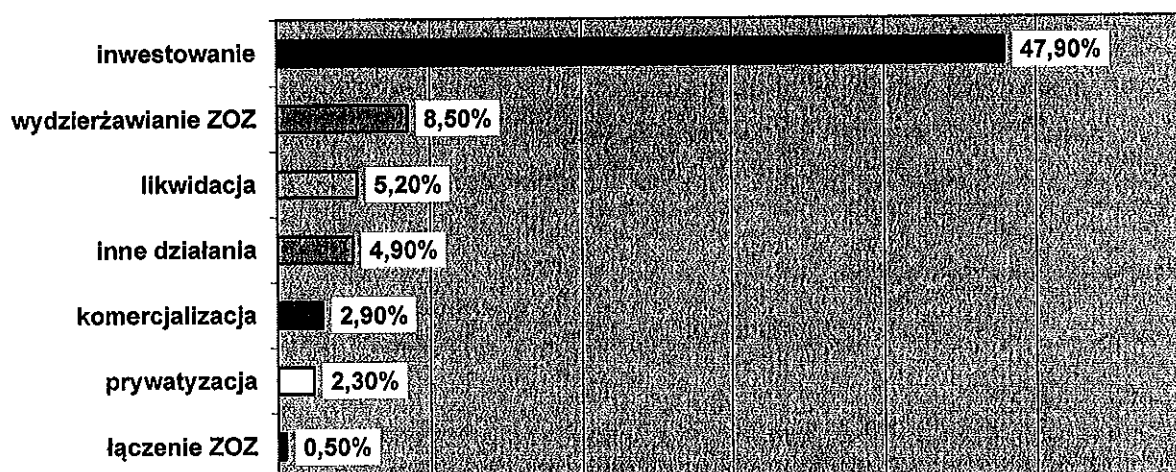


Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie ankietyzacji

Wśród jednostek wojewódzkich, powiatowych, resortowych i klinicznych 69 % podejmowało decyzje o inwestowaniu. Wśród jednostek gminnych i gminy na prawach powiatu w analizowanym okresie ok. 17,2% podejmowało plany strategiczne dotyczące prywatyzacji tych jednostek.

W analizowanym okresie jednostki podejmowały działania związane z realizacją wytyczonych planów strategicznych. Najczęściej podejmowanym działaniem w zakładach opieki zdrowotnej województwa zachodniopomorskiego w latach 2009-2010, zgodnie z założonymi planami strategicznymi było inwestowanie – 47,9%. Udział jednostek ze względu na podjęte działania zgodnie z wytyczonymi planami strategicznymi przedstawia wykres 18.

Wyk 18. Działania ZOZ podjęte w latach 2009-2010



Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie ankietyzacji

Podsumowując w latach 2009-2010 nie odnotowano wielu zmian w strukturze zakładów opieki zdrowotnej województwa zachodniopomorskiego, szczególnie w zakresie formy prawnej zakładów. Wynika to z realizacji intensywnych działań w latach poprzednich. Wiele zmian strukturalnych dokonało się już wcześniej np. prywatyzacja podstawowej opieki zdrowotnej. Sytuacja na rynku świadczeń zdrowotnych wymusiła zmiany w latach poprzednich, a brak nowych rozwiązań prawnych spowodował chwilowy zastój we wdrażaniu dalszych zmian szczególnie w zakresie prywatyzacji i komercjalizacji usług stacjonarnych. W pewnym stopniu, zaangażowanie środków unijnych w realizację projektów w ochronie zdrowia miało również wpływ na zatrzymanie przekształceń szpitali. Jest to związane z zachowaniem zasad trwałości projektu i koniecznością uniknięcia występowania pomocy publicznej.

Polityka inwestycyjna

Polityka inwestycyjna, której celem jest oddziaływanie na procesy odtwarzania i powiększania kapitału trwałego ma duże znaczenie dla rozwoju społeczno-ekonomicznego regionu. Poprzez inwestycje tworzona jest trwała struktura majątkowa jednostek ochrony zdrowia. W dalszej perspektywie inwestycje przynoszą wymierne korzyści ekonomiczne w postaci zmniejszenia kosztów, bądź zwiększenia dochodu, mające swoje odzwierciedlenie w wysokości zysków.

Strategia sektorowa w ochronie zdrowia w województwie zachodniopomorskim wyznaczyła następujące zadania w zakresie polityki inwestycyjnej:

- modernizacja poszczególnych oddziałów i pododdziałów szpitalnych celem poprawy jakości świadczonych usług medycznych,
- dostosowanie bazy lokalowej i zaplecza sprzętowego szpitali do obowiązujących wymogów fachowo-sanitarnych,

- poszukiwanie i możliwie najszersze wykorzystanie dodatkowych źródeł finansowych przeznaczanych na zadania i zakupy inwestycyjne,
- dążenie do maksymalnie efektywnego wykorzystania aparatury,
- doposażenie i wymiana zużytego sprzętu,
- realizacja zadań komplementarnych do projektów realizowanych przez zakłady opieki zdrowotnej finansowanych ze środków unijnych oraz innych środków pomocowych.

Porównując piąty okres sprawozdawczy z latami 2007 – 2008 odnotowano podobne tendencje w alokacji środków. Jednostki ochrony zdrowia skoncentrowały się głównie na pozyskiwaniu funduszy umożliwiających doposażenie ośrodków, ich modernizację lub budowę nowych obiektów. Znaczenie tych działań znacznie wykraczało poza region. Przykładem może być projekt SPS ZOZ „Zdroje” w Szczecinie pn. „Regionalne Centrum Leczenia Oparzeń dla Dzieci i Młodzieży – poprawa jakości i dostępności usług medycznych oraz profilaktyka”. Celem projektu było powstanie w SPS ZOZ „Zdroje” strategicznie położonej, wyspecjalizowanej placówki leczenia oparzeń wśród dzieci i młodzieży, obsługującej pacjentów z województwa zachodniopomorskiego oraz województw ościennych. Dotychczas jedyną placówką w Polsce specjalizującą się w leczeniu oparzeń dziecięcych był Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie.

Ogółem w województwie zachodniopomorskim w latach 2009-2010 realizowano zadania i zakupy inwestycyjne o łącznej wartości kosztorysowej równej **631 402 882 zł**, z czego **117 467 285 zł** stanowiły nakłady na zadania inwestycyjne, **97 569 591 zł** nakłady na zakupy inwestycyjne, a **394 983 542 zł** to wartość kosztorysowa projektów z udziałem środków UE, zaś **21 382 464 zł** to wartość kosztorysowa inwestycji realizowanych z udziałem środków pozaunijnych np. Wojewódzki lub Narodowy Fundusz Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej.

Wartości wymienione powyżej nie oznaczają poniesionych nakładów w okresie sprawozdawczym, lecz wartość kosztorysową zadań realizowanych w tych latach, podaną w kwestionariuszach ankiet.

Zakupy i zadania inwestycyjne

Dane z ankietyzacji wskazują, że w latach 2009-2010 w województwie zachodniopomorskim **na zadania i zakupy inwestycyjne** w ochronie zdrowia wydatkowano **215 036 972 zł**. Z kwoty wskazanej globalnie jednostki samorządu terytorialnego wydatkowały **162 088 116 zł** - 79% stanowiły wydatki województwa, 18% wydatki powiatów, zaś 3% wydatki gmin. Pozostała kwota **52 948 856 zł** była w dyspozycji jednostek resortowych i szpitali klinicznych.

W piątym okresie sprawozdawczym środki przeznaczone na zadania inwestycyjne stanowiły 55% kwoty ogółem przeznaczonej na zadania i zakupy inwestycyjne (215 036 972 zł), co stanowiło 117 467 285 zł. Głównym celem zadań inwestycyjnych było podniesienie jakości świadczeń zdrowotnych oraz odtworzenie zdekapitalizowanego majątku i zużytej bazy lokalowej. W porównaniu do poprzednich okresów sprawozdawczych jednostki samorządu terytorialnego oraz zakłady opieki zdrowotnej położyły większy nacisk na unowocześnianie bazy majątkowej i dostosowanie jej do nowoczesnych technologii medycznych. Polegało to w głównej mierze na zastąpieniu wyeksploatowanej bazy nowoczesnymi obiektami i aparaturą medyczną o światowym standardzie. Działania te dotyczy wojewódzkich, resortowych oraz klinicznych placówek wysokospecjalistycznych.

Wśród najistotniejszych zadań inwestycyjnych wymienić należy:

- otwarcie zespołu poradni specjalistycznych w SP Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Szczecinie, które zostały przeniesione z Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej przy ul. Piłsudskiego w Szczecinie (m.in. diabetologiczna, okulistyka, kardiologiczna, pracownia naczyniowa),
- otwarcie Filii Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Stargardzie Szczecińskim,
- otwarcie oddziału położniczo-ginekologicznego - I etap inwestycji „Modernizacja Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie” realizowanej w ramach RPO 2007-2013,
- oddanie do użytku Pawilonu 2B w SPS ZOZ „ZDROJE” w Szczecinie Zdrojach, projektu zrealizowanego w ramach RPO 2007-2013,
- przebudowa i modernizacja kliniki okulistyki SPSK nr 2 w Szczecinie,
- budowa lądowiska helikopterów w SPSK nr 1 w Szczecinie,
- rozpoczęcie budowy ponadregionalnego szpitala dziecięcego w Szpitalu „ZDROJE”.

W okresie 2009-2010 zakłady opieki zdrowotnej dokonały zakupów sprzętu medycznego i aparatury na łączną kwotę **97 569 687 zł**, tj. 45% całkowitej wartości wydatków na zakupy i zadania inwestycyjne (215 036 972 zł). Źródłem finansowania były: środki pochodzące z dotacji podmiotów tworzących, środki pozyskane w drodze darowizny oraz środki wypracowane z działalności i źródeł zewnętrznych.

Stosunkowo najwięcej na wyposażenie, bo 43 % powyższej kwoty wydały szpitale wojewódzkie o ponadregionalnym zakresie działalności, dalej uplasowały się szpitale kliniczne i resortowe z wynikiem 36%, następnie jednostki powiatowe (19 %) i zakłady gminne (2%).

Najistotniejsze zakupy sprzętu i aparatury medycznej to:

- 5 tomografów komputerowych (107 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Wałczu, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie, Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie, SPS ZOZ „Zdroje” w Szczecinie, Specjalistyczny Szpital im. prof. Alfreda Sokołowskiego w Szczecinie-Zdunowie),

- 4 rezonanse magnetyczne (Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Szczecinie, Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie, SPZZOZ w Gryficach – 2 urządzenia);
- 3 mammografy (SPSK Nr 2 w Szczecinie, SPS ZOZ „Zdroje” w Szczecinie, SPZZOZ w Gryficach);
- Angiograf (SP WSZ w Szczecinie) i kardioangiograf (Szpital Wojewódzki w Koszalinie).

Tab. 49 Dofinansowanie modernizacji, zakupów aparatury i sprzętu medycznego w IV i V okresie sprawozdawczym przez jednostki samorządu terytorialnego z udziałem środków UE i innych.

JST	Zadania inwestycyjne		Zakupy inwestycyjne	
	IV okres	V okres	IV okres	V okres
Gminy	1 825 978 zł	3 586 461 zł	879 606 zł	318 399 zł
Powiaty	9 866 397 zł	10 931 614 zł	9 239 885 zł	19 115 620 zł
Województwo	45 142 361 zł	85 695 398 zł	36 651 290 zł	42 440 624 zł
RAZEM	56 834 736 zł	100 213 473 zł	46 770 781 zł	61 874 643 zł

Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie ankietyzacji

Analizując dane zestawione w tabeli powyżej, stwierdza się, że nakłady na ochronę zdrowia rosną. Pomimo wieloletniego dofinansowania zadań inwestycyjnych o charakterze, zarówno odtworzeniowym, jak i modernizacyjnym, wciąż wynikają potrzeby w tym zakresie. Powodem jest przeprowadzona reforma, która wymusiła konieczność unowocześnienia i dostosowania całej bazy szpitalnej do przepisów, a także spełniania coraz to nowocześniejszych standardów diagnostyczno - terapeutycznych.

Dostosowanie do wymogów technicznych i fachowo-sanitarnych

Publiczne zakłady opieki zdrowotnej zobowiązane są do dostosowania się i spełniania szczególnie określonych wymogów technicznych i fachowo sanitarnych. Kwestię dostosowania publicznych zakładów opieki zdrowotnej regulują wymogi w zakresie:

- specjalistycznych warunków sanitarno – fachowych, jakim muszą odpowiadać urządzenia i pomieszczenia zakładu opieki zdrowotnej,
- warunków i wymogów ochrony przeciwpożarowej w budynkach użyteczności publicznej,
- ogólnobudowlanych warunków technicznych dla budynków ochrony zdrowia określonych w prawie budowlanym,
- warunków określonych w przepisach dotyczących ochrony środowiska.

Stopień dostosowania jednostek ochrony zdrowia do obowiązujących przepisów przedstawiono w tabeli 50.

Tab. 50 Stopień dostosowania jednostek ochrony zdrowia w % z terenu województwa zachodniopomorskiego do obowiązujących przepisów na podstawie opinii organów tworzących.

JST	Wymagania fachowo - sanitarne	Wymagania przeciwpożarowe	Wymagania ogólnobudowlane	Warunki dotyczące ochrony środowiska
Gminy	80%	60%	62%	68%
Powiaty	72%	71%	68%	80%
Województwo	85%	78%	80%	88%
Jednostki resortowe i kliniczne	77%	82%	76%	97%

Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie ankietyzacji

W porównaniu z poprzednim okresem sprawozdawczym poprawiło się dostosowanie do wymagań fachowo - sanitarnych jednostek wojewódzkich z 56% do 85% oraz jednostek powiatowych - z 40% do 72%. W zakładach opieki zdrowotnej podległych gminom dostosowanie do wymogów fachowo-sanitarnych wynosi 80%. Wynika to z faktu, iż jednostki te wymagają stosunkowo niewielkich nakładów ze względu na podstawowy zakres świadczeń medycznych. Jednostki resortowe i kliniczne osiągnęły wynik 77% (odpowiedzi udzieliło 5 na 7 ankietowanych podmiotów).

W zakresie wymogów przeciwpożarowych oraz warunków dotyczących ochrony środowiska najlepiej dostosowane są jednostki resortowe i kliniczne – kolejno 82% i 97%, zaś do wymagań ogólnobudowlanych najlepsze dostosowanie wykazują szpitale wojewódzkie (80%).

Równocześnie podkreślenia wymaga fakt, że znacznie wzrosł stopień dostosowania pomieszczeń jednostek wojewódzkich po zrealizowaniu pozostałych 3 głównych inwestycji ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2007-2013 (Specjalistyczny Szpital w Zduńowie, SP WSZ w Szczecinie przy ul. Arkońskiej, Szpital Wojewódzki w Koszalinie) oraz inwestycji realizowanej przy udziale środków z budżetu państwa pn. „Rozbudowa Szpitala Dziecięcego SPSZOZ ZDROJE – utworzenie Zachodniopomorskiego Centrum Opieki nad Kobiętą i Dzieckiem”.

Pozyskanie środków w ramach funduszy unijnych i pozaunijnych

Na podstawie zebranych danych ankietowych określono, że jednostki samorządu terytorialnego oraz zakłady opieki zdrowotnej w latach 2009 – 2010 były w trakcie realizacji lub zrealizowały 43 projekty w zakresie promocji i ochrony zdrowia ze współfinansowaniem środków unijnych o łącznej wartości **381 211 881 zł**. Największą aktywność w tym zakresie wykazały jednostki szpitalne i ośrodki wysokospecjalistyczne, dla których fundusze unijne stały się jedyną szansą na pozyskanie środków umożliwiających dokonanie znaczących inwestycji. Najmniejszą aktywność wykazały gminy posiadające bazę jedynie w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (wyjątek stanowi gmina Nowogard – podmiot tworzący dla 101-łóżkowego szpitala).

Według podmiotu tworzącego najaktywniejsze były jednostki województwa, potem szpitale resortowe i kliniczne oraz powiatowe. Należy tutaj zaznaczyć, że wysokie wskaźniki pozyskiwania środków z funduszy zewnętrznych i ich właściwe wydatkowanie możliwym jest właśnie dzięki wyspecjalizowanej kadrze urzędników w podmiotach tworzących oraz fachowym pracownikom administracyjnym szpitali, co potwierdza słuszność kierunku tworzenia profesjonalnych zespołów kadrowych w jednostkach samorządu terytorialnego czy też SP ZOZ.

W ramach funduszy unijnych aplikowano o środki:

- na zadania związane z ochroną środowiska w tym między innymi na: termomodernizację jednostek i zadania związane z ratownictwem medycznym (Program Operacyjny Infrastruktura i Ochrona Środowiska),
- na realizację inwestycji priorytetowych w regionie, na modernizację pomieszczeń i zakup sprzętu oraz aparatury i dostosowanie do wymogów fachowo-sanitarnych (Regionalny Program Operacyjny),
- na projekty dotyczące telemedycyny (Interreg III i IV A),
- na zadania ochrony zdrowia skierowane do populacji w wieku produkcyjnym i wdrażanie systemu zarządzania jakością (Program Operacyjny Kapitał Ludzki).

Tab. 51 Realizacja projektów w ramach środków unijnych w jednostkach ochrony zdrowia z terenu województwa zachodniopomorskiego.

Jednostka	Przedmiot projektu	Źródło środków	Wartość całkowita projektu w zł
107 Szpital Wojskowy w Wałczu	Poprawa jakości i dostępności badań diagnostycznych oferowanych przez 107 Szpital Wojskowy w Wałczu poprzez zakup specjalistycznej aparatury medycznej	POiŚ	4 646 000

109 Szpital Wojskowy z Przychodnią w Szczecinie	Rozwój usług społeczeństwa informacyjnego	Plan informatyzacji Państwa	1 047 736
SPSK nr 1 w Szczecinie	Budowa Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z Ogólną Izbą Przyjęć w SPSK nr 1 – etap II	ZPORR	4 229 000
SPSK nr 1 w Szczecinie	Wdrożenie systemu zarządzania jakością	ZPORR	75 300
SPSK nr 1 w Szczecinie	Przebudowa pomieszczeń dla klinik: Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej	POiŚ	7 839 000
SPSK nr 1 w Szczecinie	Budowa całodobowego lądowiska dla helikopterów zlokalizowanego na terenach przyszpitalnych umożliwiającego przyjmowanie pacjentów do SOR w Szczecinie	POiŚ	1 969 000
SPSK nr 2 PAM w Szczecinie	Przebudowa parteru kliniki Okulistyki oraz zakup aparatury medycznej w celu zwiększenia jakości specjalistycznych usług w SPSK nr 2 PAM w Szczecinie	EFRR	9 945 000
SPSK nr 2 PAM w Szczecinie	Telemedycyna w Euroregionie Pomerania – sieć Pomerania	EFRR	2 236 000
SP WSZ W Szczecinie	Centrum zabiegowe z zapleczem łóżkowym w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Szczecinie	EFRR	47 780 600
Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie	Budowa i wyposażenie Centrum Diagnostyki i Terapii Nowotworów Piersi	EFRR	44 500 000
Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie	Modernizacja Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie	EFRR	59 487 400

SPSZOZ „ZDROJE” w Szczecinie	Kompleksowa poprawa dostępności i jakości usług medycznych dla matki i dziecka – zmiana funkcji Pawilonu 2B	EFRR	38 386 400
Specjalistyczny Szpital im. A. Sokolowskiego w Szczecinie – Zduńowie	Rozbudowa części środkowej budynku głównego wraz z dostosowaniem oddziałów chirurgicznych do wymogów fachowo-sanitarnych	EFRR	81 100 900
Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie	Sieć telemedyczna wspierająca leczenie chorób nowotworowych w Euroregionie Pomerania	EFRR	451 000
Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie	Zakup nowoczesnej, ekologicznej aparatury do obrazowego diagnozowania chorób nowotworowych	ZPORR	2 096 000
Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie	Telemedycyna w Euroregionie Pomerania	EFRR	3 978 000
Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie	Kompleksowa opieka pooperacyjna dla pacjentów Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii	ZPORR	1 918 000
Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie	Modernizacja systemu informatycznego w ZCO	ZPORR	1 164 000
Specjalistyczny Szpital im. A. Sokolowskiego w Szczecinie – Zduńowie	Telemedycyna w Euroregionie Pomerania – sieć Pomerania	EFRR	2 500 000
Specjalistyczny Szpital im. A. Sokolowskiego w Szczecinie – Zduńowie	Utworzenie ośrodka transplantologii płuc w Szpitalu w Zduńowie	ZPORR	3 391 600
SPSZOZ „ZDROJE” w Szczecinie	Termomodernizacja budynków oddziałów szpitalnych SPSZOZ „ZDROJE” w Szczecinie	ZPORR	1 797 270
Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie	Przebudowa i rozbudowa SOR wraz z zakupem wyrobów medycznych	POIS	18 066 500
Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie	Telemedycyna w Euroregionie Pomerania – sieć Pomerania	EFRR	3 717 200

Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie	Wdrożenie systemu elektronicznej rejestracji pacjentów w poradniach specjalistycznych Szpitala	EFRR	502 900
Specjalistyczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc w Koszalinie	Telemedycyna w Euroregionie Pomerania – sieć Pomerania	EFRR	1 123 000
Specjalistyczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc w Koszalinie	Poprawa jakości leczenia poprzez zakup sprzętu i dostosowanie pomieszczeń do wymogów prawnych	ZPORR	784 000
Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach	Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa poprzez przebudowę i doposażenie istniejącego SOR	EFRR	7 493 073
Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach	Zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych Szpitala poprzez rozbudowę ładowiska	EFRR	4 009 226
Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach	Telemedycyna w Euroregionie Pomerania – sieć Pomerania	EFRR	7 607 401
Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie	Zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego wraz z wyposażeniem na potrzeby WSPR w Szczecinie	EFRR	5 281 664
Miasto Szczecin	Wzrost jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych SPZOZ Szkół Wyższych w Szczecinie wraz z zakupem sprzętu	EFRR	430 148
Miasto Szczecin	Program profilaktyki diabetologiczno-kardiologicznej wraz z zakupem sprzętu	EFRR	349 994
Miasto Świnoujście	Poprawa jakości i dostępności udzielanych świadczeń medycznych w wyniku zakupu cyfrowego aparatu dla SPZOZ Szpital Miejski w Świnoujściu	EFRR	631 181
SPZOZ w Choszcznie	Poprawa jakości świadczeń medycznych w efekcie zakupu aparatu RTG z ucyfrowieniem	EFRR	699 499

Powiat Goleniowski	Zakup specjalistycznej aparatury medycznej dla SP w Goleniowie	EFRR	692 000
Powiat Sławieński	Doposażenie Szpitala Powiatowego w Sławnie w aparaturę medyczną i diagnostyczną	EFRR	1 170 736
Powiat Stargardzki	Pawilon położniczo-ginekologiczny i modernizacja Szpitala w Stargardzie Szczecińskim	EFRR	2 604 562
Powiat Stargardzki	Pawilon położniczo-ginekologiczny i modernizacja Szpitala w Stargardzie Szczecińskim	EFRR	978 631
Szpital w Szczecinku Sp. z o.o.	Zakup 2 karetek	POiŚ	921 999
Powiat Szczeciński	Zakup aparatu RTG z osprzętem do cyfryzacji zdjęć, aparatu USG i respiratora przenośnego	EFRR	1 255 038
Powiat Szczeciński	Zakup mammografu	EFRR	1 246 978
Powiat Szczeciński	Termomodernizacja Szpitala	POiŚ	480 918
Miasto Nowogard	Poprawa jakości i dostępności usług medycznych przez SP Szpital Rejonowy w Nowogardzie poprzez zakup wyposażenia medycznego	EFRR	627 033

Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie ankietyzacji

Fundusze pozaunijne

Zakłady opieki zdrowotnej starały się również pozyskiwać środki finansowe z funduszy pozaunijnych. Najczęściej projekty realizowane w ramach tego rodzaju środków zewnętrznych dotyczyły inwestycji w infrastrukturę w zakresie wzrostu efektywności energetycznej obiektów. W piątym okresie sprawozdawczym zrealizowano 6 projektów tego typu i były to np. montaż kolektorów słonecznych, wymiana oświetlenia terenu na energooszczędne czy też termomodernizacja obiektów. Do powyższych projektów zaangażowano środki w ramach Narodowego i Wojewódzkiego

Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej oraz Mechanizmu Finansowego EOG o łącznej wartości 20 381 077 zł.

Ważnym projektem była wspomniana wcześniej budowa Regionalnego Centrum Oparzeń dla Dzieci i Młodzieży (SPS ZOZ „ZDROJE”). Projekt realizowany był w ramach Mechanizmu Finansowego EOG (Europejskiego Obszaru Gospodarczego) pochodzącego z trzech krajów EFTA (Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu) tj. Norwegii, Islandii i Liechtensteinu. W ocenie Darczyńcy projekt został oceniony jako jeden z najlepszych w kraju.

Tab. 52 Realizacja projektów w ramach funduszy pozaunijnych w jednostkach ochrony zdrowia z terenu województwa zachodniopomorskiego.

Jednostka	Przedmiot projektu	Fundusz	Wartość całkowita projektu w zł
SPSZOZ „ZDROJE” w Szczecinie	Regionalne Centrum Oparzeń dla Dzieci i Młodzieży	MF EOG	4 850 000
Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie	Budowa instalacji kolektorów słonecznych	WFOŚiGW	1 133 000
Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie	Ograniczenie zużycia energii w budynkach Szpitala w wyniku ich termomodernizacji i wymiany oświetlenia wewnętrznego na energooszczędne	NFOŚiGW	13 497 300
Powiat Goleniowski	Termomodernizacja budynku ZOZ	WFOŚiGW	713 000
Szpital w Szczecinku Sp. z o.o.	Zakup abatora	WFOŚiGW	63 900
Szpital w Szczecinku Sp. z o.o.	Modernizacja ciągów komunikacyjnych i oznakowanie szpitala	PERON	123 877

Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie ankietyzacji

WNIOSKI:

1. Zakres i dynamika przekształceń w zakresie formy organizacyjno-prawnej zakładów opieki zdrowotnej utrzymuje się na niskim poziomie od lat, co wynika bezpośrednio z braku jednoznacznych korzyści z przekształceń zoz w spółki samorządowe wynikających z obowiązujących przepisów (wcześniejsza likwidacja). Duże zaangażowanie jednostek w projekty unijne również budziły tu wątpliwości organów założycielskich.

2. Działania przekształceniowe miały na celu usprawnienie funkcjonujących struktur, podniesienie jakości i efektywności pracy.
3. Głównym celem działań restrukturyzacyjnych było obniżenie kosztów, szczególnie w zakresie usług pomocniczych i zarządzania oraz poprawa jakości realizowanych świadczeń zdrowotnych.

4. Najczęściej podejmowaną formą działań restrukturyzacyjnych w zakładach opieki zdrowotnej województwa zachodniopomorskiego w latach 2009-2010 był outsourcing usług pomocniczych, zarówno medycznych, jak i niemedycznych. Głównie dotyczył: usług histopatologicznych, laboratorium analitycznego, konsultacji specjalistycznych i diagnostyki innej (nie obrazowej), a także usług prania, utylizacji odpadów medycznych, ochrony mienia, żywienia, sterylizacji i utrzymania czystości.
5. W wyniku zrealizowanych działań restrukturyzacyjnych w latach 2009-2010 dokonały się liczne zmiany w strukturze zakładów opieki zdrowotnej, związane z poszerzeniem lub zmniejszeniem zakresu realizowanych świadczeń zdrowotnych, utworzeniem lub likwidacją oddziałów i poradni, a także procedurą łączenia (konsolidacji) zakładów opieki zdrowotnej.
6. Brak wystarczających podstaw prawnych pozwalających na bezpośrednie przekształcenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, nie wstrzymał procesu przekształceń własnościowych w szpitalach na terenie województwa zachodniopomorskiego. Przekształceniom w spółki podlegały w szczególności samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej o trudnej sytuacji ekonomicznej, prowadzące działalność ze stratą i nie rokujące szans na poprawę wyniku finansowego.
7. Głównym celem zadań inwestycyjnych było odtworzenie zdekapitalizowanego majątku i zużytej bazy lokalowej. W porównaniu do poprzednich okresów sprawozdawczych jednostki samorządu terytorialnego oraz zakłady opieki zdrowotnej położyły większy nacisk na unowocześnienie bazy majątkowej i dostosowanie jej do nowoczesnych technologii medycznych.
8. Wiele zakładów kontynuowało realizację zakupów aparatury lub systemów umożliwiających uzyskanie cyfrowych wyników badań, tym samym możliwe było większe zaangażowanie w realizację inwestycji dotyczących sieci komputerowych i połączeń telemedycznych.
9. Działalność inwestycyjna organów założycielskich nadal skupiona była na dążeniu do spełnienia wymogów prawnych: fachowo – sanitarnych,

**przeciwpożarowych, ogólnobudowlanych i środowiskowych oraz
na poszukiwaniu dodatkowych źródeł finansowania na ten cel.**

- 10. Największą aktywność w zakresie pozyskiwania środków w ramach funduszy
unijnych i pozaunijnych wykazały jednostki samorządu województwa,
resortowe i kliniczne.**

G. PODSUMOWANIE

Niniejszy dokument stanowi piąte sprawozdanie z realizacji „Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego” i obejmuje raport z działalności organów założycielskich i zakładów opieki zdrowotnej z terenu województwa w latach 2009 – 2010.

Każdy z dwuletnich cykli sprawozdawania się dostarcza decydentom i podmiotom pośrednio i bezpośrednio zaangażowanym w sektor zdrowia określonych informacji prezentujących rozwój ochrony zdrowia w regionie. Ewaluacja i monitoring realizacji przyjętych kierunków działań z jednej strony określa poziom i jakość uzyskanych efektów, a z drugiej umożliwia identyfikację nowych problemów i ich stosowną analizę. Aby zwiększyć zwrotność informacji za każdym razem stosowane są zmiany w ich strukturze i treściach. W piątym okresie sprawozdawczym osiągnięto najlepszy wynik zwrotności danych od 2003 roku, tj. 79%. W ocenie autorów opracowania konsekwentny proces ewaluacji i system monitorowania winien stopniowo przynosić wzrastające wyniki w tym zakresie.

W celu udostępnienia wymienionych informacji szerokiemu spektrum podmiotów i instytucji sektorowych, niniejszy dokument za każdym razem umieszczany jest na stronie internetowej www.wz.wzp.pl. Taka dystrybucja danych sprzyja poszerzaniu kręgu zainteresowanych udziałem w ankietyzacji stanu zachodzących zmian w sektorze zdrowia.

Do najważniejszych efektów zachodzących zmian w regionalnym systemie ochrony zdrowia należy zaliczyć przede wszystkim redukcję zobowiązań zakładów opieki zdrowotnej. Rezultatem tego jest uzyskanie drugiej lokaty przez Zachodniopomorskie wśród województw w zakresie stanu zobowiązań ogółem SPZOZ bez względu na rodzaj organu założycielskiego.

Na podstawie wyników aktualnego raportu, danych statystycznych oraz prognoz demograficzno-epidemiologicznych możliwym jest wskazanie trendów zdrowotnych, które będą kształtowały ochronę zdrowia w przyszłości. Tendencje demograficzne wydłużania życia, a tym samym starzenia się społeczeństwa będą istotnie wpływały na występowanie nowych problemów zdrowotnych oraz zmian wskaźników zachorowalności i umieralności z powodu chorób wieku podeszłego. Tym samym zwiększać się będzie zapotrzebowanie na miejsca opieki długoterminowej.

Konsekwencją zmian tempa życia będzie zwiększający się poziom stresu. Również długość życia będzie przyczyniała się do zwiększania odsetka chorób psychicznych, wśród których należałoby zwrócić szczególną uwagę na zaburzenia nerwicowe, zaburzenia afektywne (np. depresja), zaburzenia zachowania i emocji, czy też zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem środków (substancji) psychoaktywnych, po które sięgają coraz młodsze osoby. W konsekwencji będzie rosło zapotrzebowanie na tego rodzaju usługi medyczne.

Uwzględniając powyższe oraz zmniejszającą się liczbę urodzeń będą następowały także zmiany w strukturze i liczbie łóżek w poszczególnych dziedzinach opieki zdrowotnej. W wyniku tychże procesów poziom i struktura finansowania świadczeń również będzie ulegać zmianom. Niepokojącym jest tu przewidywany niedobór kadry medycznej, spowodowany migracją, a także niskim wskaźnikiem zgłaszalności na studia o profilu medycznym. Zmiany dotyczyć będą także metod kształcenia i doskonalenia kadry medycznej i paramedycznej, szczególnie w obszarze organizacji staży podyplomowych.

Pozytywnym aspektem jest rozwój i postęp nowoczesnych technologii diagnostycznych i terapeutycznych, których zastosowanie będzie istotnie wpływało na zmniejszenie kosztów opieki. Ponadto, z uwagi na rozwój e-usług i zwiększający się poziom informatyzacji i digitalizacji działalności medycznej rozwijać się będą usługi telemedyczne i elektroniczna obsługa pacjenta.

Możliwość wystąpienia nieoczekiwanych zagrożeń zdrowotnych w postaci epidemii, pandemii, zdarzeń masowych czy bioterroryzmu będzie stale przypominać o konieczności monitorowania sytuacji epidemiologicznej, która będzie wskazywać na aktualne potrzeby zdrowotne.

Kolejne, szóste sprawozdanie z realizacji Strategii sektorowej przedstawiające efekty zmian regionalnej ochrony zdrowia za lata 2011 – 2012 zaplanowano na koniec 2013 roku/l kwartał 2014 roku po wydaniu informatorów statystycznych w tym zakresie.

z up. MARSZAŁKA WOJEWÓDZTWA

Wojciech Drożdż
WICEMARSZAŁEK