



Sejmik Województwa Zachodniopomorskiego

**OKRESOWE SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI
STRATEGII SEKTOROWEJ
W ZAKRESIE OCHRONY ZDROWIA
WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO
ROK 2014**

Szczecin, 30 września 2014 r.

**Uchwała Nr .../.../14
Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego
z dnia 3 września 2014 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 2013 r. poz. 596) w związku z § 15 i § 52 pkt 4 lit d) statutu Województwa Zachodniopomorskiego z dnia 5 marca 2001 r. (Dz. Urz. Województwa Zachodniopomorskiego z 2008 r. Nr 55, poz. 1279 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.

*Przewodnicząca Sejmiku
Województwa Zachodniopomorskiego
Teresa Kalina*

SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE.....	7
A. MODEL SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA	13
ORGANIZACJA SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO	13
WSPÓŁPRACA ZAGRANICZNA.....	17
PROGRAM RESTRUKTURYZACJI OCHRONY ZDROWIA	23
WNIOSKI	29
B. ZARZĄDZANIE JAKOŚCIĄ OPIEKI MEDYCZNEJ.....	31
PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA.....	31
WNIOSKI	35
AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA.....	37
WNIOSKI	42
STACJONARNA OPIEKA ZDROWOTNA	43
WNIOSKI	82
C. RATOWNICTWO MEDYCZNE	85
WNIOSKI	94
D. PROFILAKTYKA I PROMOCJA ZDROWIA	95
WNIOSKI	102
E. KADRY MEDYCZNE.....	103
WNIOSKI	108
F. PRZEKSZTAŁCENIA WŁASNOŚCIOWE I POLITYKA INWESTYCYJNA	109
WNIOSKI	124
G. PODSUMOWANIE.....	126

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 w niej:

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

Osiągnięcie zasadniczego celu strategicznego oraz maksymalizacja efektów zdrowotnych oparte są 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 całodobowej podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznej opieki ambulatoryjnej i opieki stacjonarnej.
3. Reorganizacja ratownictwa medycznego.
4. Stworzenie systemu rozwoju promocji zdrowia i profilaktyki.
5. Podnoszenie poziomu wykształcenia personelu medycznego.
6. Przekształcenia własnościowe zakładów opieki zdrowotnej.
7. Właściwe zabezpieczenie sanitarno-epidemiologiczne.

Aktualizacje i uzupełnienie Strategii stanowią dodatkowe opracowania i dokumenty programowe. W poprzednim okresie sprawozdawczym uzupełnienie stanowiły dokumenty w zakresie wysokospecjalistycznych specjalności zabiegowych, onkologii oraz opieki długoterminowej i rehabilitacji leczniczej. Kierując się prognozami demograficznymi oraz mając na względzie negatywne mierniki zdrowotne w bieżącym okresie sprawozdawczym wypracowano kierunki rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie: e-Uslug w ochronie zdrowia oraz Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

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. Okresowe sprawozdanie z realizacji programu za lata 2011-2012 zaplanowane było na koniec 2013 roku, jednak z uwagi na Porozumienie zawarte pomiędzy Wojewodą Zachodniopomorskim a Urzędem Statystycznym w Szczecinie, w sprawie współpracy w zakresie zbierania i analizy danych z terenu województwa zachodniopomorskiego, które przesunęło w czasie wydanie

Informatora Statystycznego, spowodowało to opóźnienie, co z punktu monitorowania w cyklach 2-letnich jest bardzo niekorzystne dla postępu prac analitycznych.

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.:

- podmioty 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 sprawozdania na podstawie zebranych danych po uprzednim opracowaniu kwestionariusza ankiety.

Należy tu podkreślić, iż instytucje wymienione powyżej stanowią podmioty, których działania koncentrują się na realizacji zadań ochrony zdrowia poprzez m.in.: świadczenie 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 o odstępstwach i planowanych modyfikacjach w latach następnych jest podstawowym celem niniejszego sprawozdania. Zadania *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 umożliwi 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 szóstego 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 sprawozdawczości 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	Uchwała XIX/258/12 z dnia 30 października 2012 r.
Szóste sprawozdanie	2011-2012	Planowany termin podjęcia uchwały wrzesień 2014 r.

Oprac. Wydział Zdrowia UM

Do najważniejszych efektów zachodzących zmian w zakładach opieki zdrowotnej na obszarze województwa zachodniopomorskiego, ustalonych na podstawie sześciu 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 pomocniczych usług szpitalnych,
14. skuteczne aplikowanie o środki unijne i pozaunijne z przeznaczeniem na zadania i zakupy inwestycyjne oraz na wyposażenie i wymianę wyeksploatowanego sprzętu – powstanie nowych obiektów dostosowanych do wymogów i standardów krajowych oraz Unii Europejskiej.
15. wdrożenie programów telemedycyny i teletransmisji.

Wyznaczone w *Strategii sektorowej* zadania strategiczne, stanowią punkty odniesienia. 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, przekształcenia oraz outsourcing usług szpitalnych, a także zmiany przepisów prawa, w tym zasad kontraktacji usług.

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 istotne zmiany zachodzące w opiece zdrowotnej. Wprowadzane zmiany w strukturze i treści ankiety miały na celu uzyskanie większego poziomu zwrotności ankiet.

W 2013 r. kwestionariusz ankiety po raz szósty został rozpowszechniony wśród samorządów gminnych i powiatowych oraz wśród zakładów opieki zdrowotnej.

W szóstym okresie sprawozdawczym zwrotność informacji osiągnęła poziom 80% i jest to najlepszy wynik w stosunku do pięciu ostatnich okresów sprawozdawczych.

Procentową analizę poziomu zwrotności kwestionariuszy ankiety w sześciu kolejnych okresach sprawozdawczych przedstawiono w poniższej tabeli.

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

Podmiot	I okres	II okres	III okres	IV okres	V okres	VI okres
Starostwa powiatowe	71%	76%	81%	90%	81%	83%
Urzędy miast i gmin	53%	74%	67%	73%	78%	79%
Szpitala resortowe	60%	83%	83%	33%	67%	40%
Szpitala kliniczne	50%	50%	50%	100%	100%	100%
Szpitala samorządu województwa	100%	100%	100%	100%	93%	100%
ogółem	66%	76%	74%	76%	79%	80%

Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie ankietyzacji

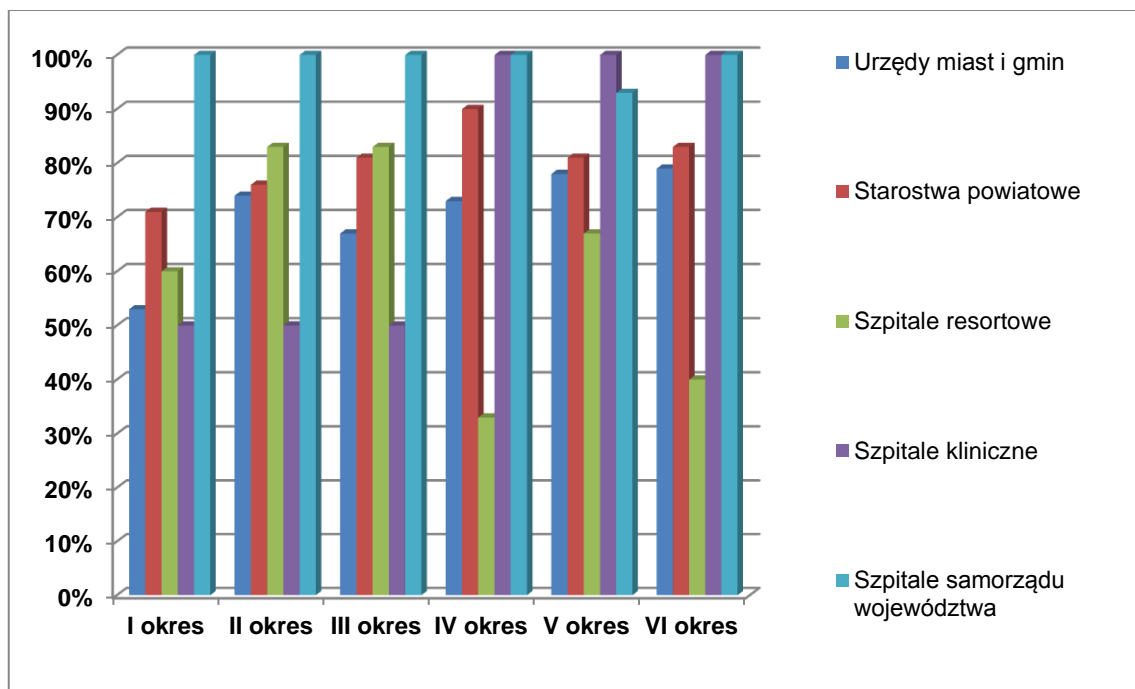
W wyniku szóstej ankietyzacji 100% poziom zwrotności ankiet uzyskano ze szpitali klinicznych oraz szpitali samorządu województwa. Wśród szpitali resortowych informacji nie przekazały: Szpital Specjalistyczny MSWiA w Koszalinie, Szpital MSWiA w Szczecinie oraz Szpital MSWiA w Złocieńcu. Odnotowano lekki wzrost poziomu zwrotności ankiet z samorządów gminnych (z 78% do 79%) i samorządów powiatowych (z 81% do 83%).

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 szóstym okresie sprawozdawczym udział podmiotów zwiększył się o 26% i wynosi 79%. Niepokojącym jest jednak fakt nie przekazania danych od istotnych z punktu widzenia Strategii, uczestników monitoringu, np.: szpitali resorowych, w przypadku których pozyskanie danych z dodatkowych źródeł jest często utrudnione. Statystyka publiczna nie ujmuje w swoich zestawieniach danych o jednostkach resortowych, stąd też brak danych przekazanych z jednostek często może skutkować brakiem informacji sprawozdawczej. W odniesieniu do samorządów powiatowych w poprzednim okresie sprawozdawczym dane nie zostały przekazane od powiatu drawskiego, gryfickiego,

kamieńskiego i kołobrzieskiego. Podobnie jest w VI okresie sprawozdawczym, gdzie informacji nie przekazał powiat drawski, kamieński oraz pyrzycki.

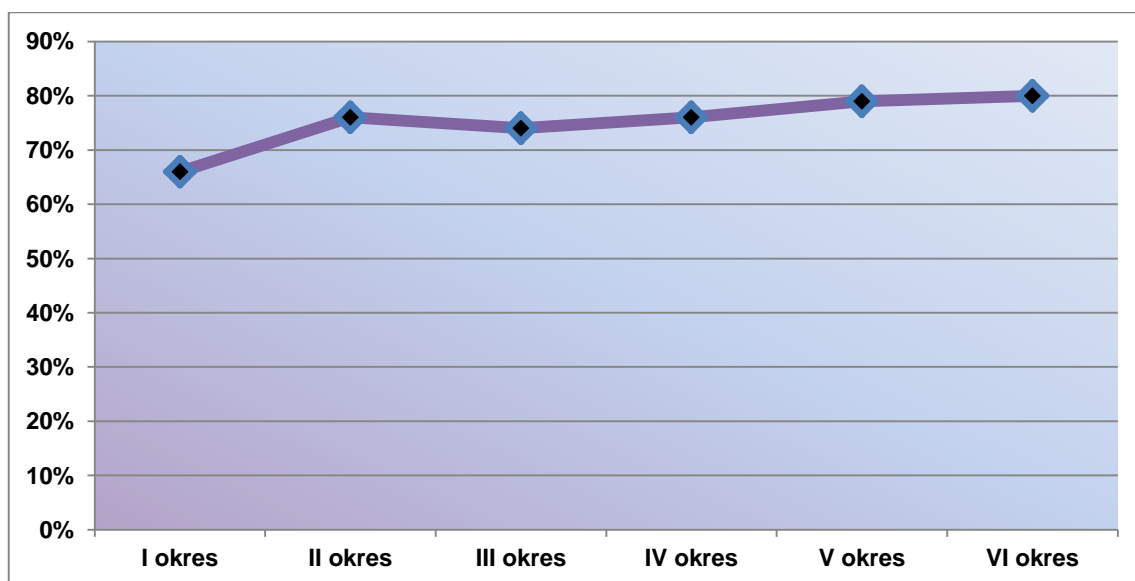
Poziom zwrotności ankiet przez poszczególne grupy ankietowanych podmiotów w sześciu okresach sprawozdawczych zaprezentowano na wykresie 1. Wykres 2 obrazuje globalną zwrotność ankiet w przeciągu badanych sześciu okresów.

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 przez samorządy. 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 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.

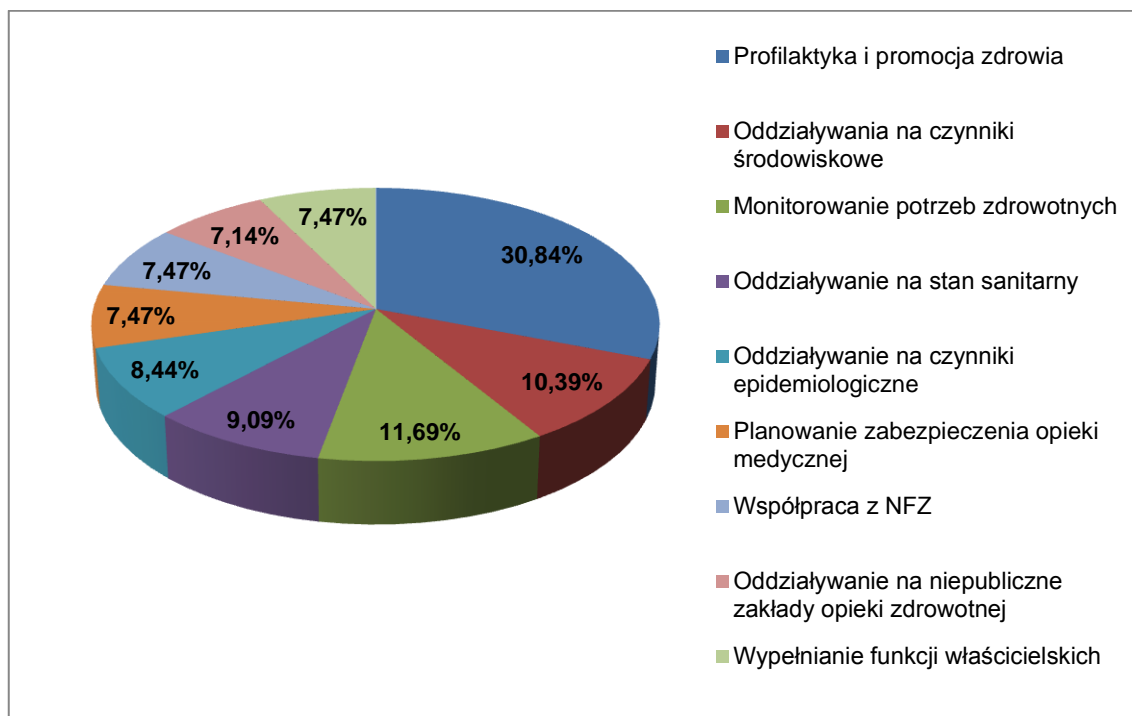
Czwarty okres sprawozdawczy to kontynuacja działań z poprzedniego okresu sprawozdawczego: samorządy redukowały swoje działania w zakresie wypełniania funkcji organu tworzącego sp zoz, a decyzje o prywatyzacji lub przekształceniach podejmowane były bardzo rzadko. Zasadnicze działania dotyczyły przeciwdziałania 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 **piątym okresie sprawozdawczym**, charakterystycznym było 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.

W aktualnie analizowanym, **szóstym okresie sprawozdawczym** podobnie jak w poprzednim, najczęstszym podejmowanym działaniem samorządów terytorialnych była profilaktyka i promocja zdrowia. Dalej na wysokim poziomie było oddziaływanie na czynniki środowiskowe. W porównywalnym stopniu zwracano także uwagę na monitorowanie potrzeb zdrowotnych, a co za tym idzie na planowanie działań. Zaobserwowano nieznaczny spadek w oddziaływaniu na czynniki epidemiologiczne oraz stan sanitarny. Zmniejszyła się współpraca z NFZ. Samorzady terytorialne nie miały jakiegokolwiek wpływu na system kontraktacji usług.

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

Wyk.3. Działania samorządów terytorialnych w szóstym 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 **szóstym okresie sprawozdawczym** odnotowano, że:

- w dalszym ciągu w większości samorządów gminnych (wójtowie) brakuje komórek organizacyjnych odpowiedzialnych za realizację zadań związanych z ochroną zdrowia. Z 39 gmin, które wypełniły ankietę, aż 26 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 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 18 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 merytoryczny, tj. wydział zdrowia.

Mając na względzie powyższe, stwierdza się, że samorzady nie podejmują w sposób wystarczający działań zmierzających do organizacji i prawidłowego 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 podstawowej opieki zdrowotnej, nie zwolniła gmin z ich obowiązków ustawowych.

Dodatkowo niepokojącym jest **fakt nielicznego opracowywania przez samorządy 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. Powiat Świdwiński posiada „Powiatowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie oraz Ochrony Ofiar Przemocy w Rodzinie na lata 2012 – 2016” oraz „Strategię Rozwiązywania Problemów Społecznych dla Powiatu Świdwińskiego na lata 2008-2015”;
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 Szczecinecki – „Powiatowy Program Promocji Zdrowia i Profilaktyki na lata 2005-2015”, którego cele to: Zapewnienie wysokiej jakości opieki medycznej w powiecie oraz podnoszenie poziomu wykształcenia i poprawa warunków pracy personelu medycznego; Promowanie i zapewnienie realizacji programów zdrowotnych wynikających z Narodowego Programu Zdrowia; Podniesienie poziomu rehabilitacji medycznej, społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych; Monitoring służby zdrowia w kontekście ochrony praw pacjenta; Stworzenie zintegrowanego Systemu Ratownictwa w powiecie oraz „Powiatowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Mieszkańców Powiatu Szczecineckiego na lata 2011-2015”;
4. Powiat Myśliborski – „Strategia Zrównoważonego Rozwoju Powiatu Myśliborskiego na lata 2004-2013”, w której zawarte są cele strategiczne i szczegółowe w zakresie ochrony zdrowia. Przygotowany jest również projekt „Powiatowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Powiatu Myśliborskiego na lata 2012-2015”;
5. Gmina Rewal – „Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia w Gminie Rewal do 2015 roku”;
6. Gmina Dolice – „Strategia Rozwoju Gminy Dolice na lata 2007-2015”, w której przyjęto za kierunek działania zwiększenie wiedzy i motywacji młodzieży do higienicznego stylu życia;

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 w zakresie ochrony zdrowia dotyczyła wzajemnej wymiany doświadczeń i realizacji wspólnych inicjatyw regionów współpracujących. Ze względu na geopolityczne położenie geograficzne województwa, współpraca międzynarodowa w zakresie ochrony zdrowia odbywała się głównie z Republiką Federalną Niemiec, a w szczególności z Krajami Związkowymi Meklemburgia i Brandenburgią. Współpraca polegała głównie na wymianie doświadczeń oraz wspólnym realizowaniu projektów w zakresie profilaktyki HIV/AIDS, telemedycyny, badań przesiewowych noworodków i opieki psychiatrycznej.

Projekty transgraniczne, w których udział brały samorzady lokalne i ich jednostki oraz inne instytucje sprzyjały rozwijaniu współpracy i dawały obojętne korzyści.

Realizacja projektu BORDERNETwork

W latach 2011-2012 kontynuowano realizację projektu *BORDERNETwork* pn. „*Wysoce aktywna prewencja: poprawa prewencji, diagnostyki i terapii HIV/AIDS/STI transsektorowej i transgranicznej w Europie Środkowej i Wschodniej (CEE) i Południowo-Wschodniej (SEE)*”, rozpoczętą w 2010 roku.

Podstawowym celem projektu było doskonalenie działań diagnostycznych i profilaktycznych w zakresie HIV/AIDS/STI (chorób przenoszonych drogą płciową) w grupach zwiększonego ryzyka ze względu na duże znaczenie problemu szerzących się zakażeń i skutków z nimi związanych.

Działania projektu skupiały się na umacnianiu współpracy z podmiotami i organizacjami pozarządowymi oraz partnerami zagranicznymi rozpoczętej w 2005 r.

W ramach projektu Województwo Zachodniopomorskie prowadziło transgraniczną współpracę w zakresie HIV/AIDS i STI z Krajem Związkowym Meklemburgia-Pomorze Przednie. W projekcie uczestniczyły również organizacje z: Austrii, Belgii, Estonii, Litwy, Rumunii i Słowacji. Organizacje biorące udział w projekcie tworzyły interdyscyplinarne sieci i wspólnie realizowały obszary tematyczne sprzyjające wymianie doświadczeń i wiedzy oraz wykorzystaniu najlepszych rozwiązań w zakresie prewencji, diagnostyki i leczenia HIV/AIDS i STI.

Główne zadania projektu to: prowadzenie profilaktyki wśród młodzieży, szkolenia grup zawodowych - nauczycieli, policjantów, 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.

W województwie zachodniopomorskim koordynatorem projektu był Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie. Projekt był współfinansowany z budżetu

Unii Europejskiej i budżetu Województwa Zachodniopomorskiego. Koszt projektu to 91 517 euro, w tym 40% z budżetu Województwa Zachodniopomorskiego.

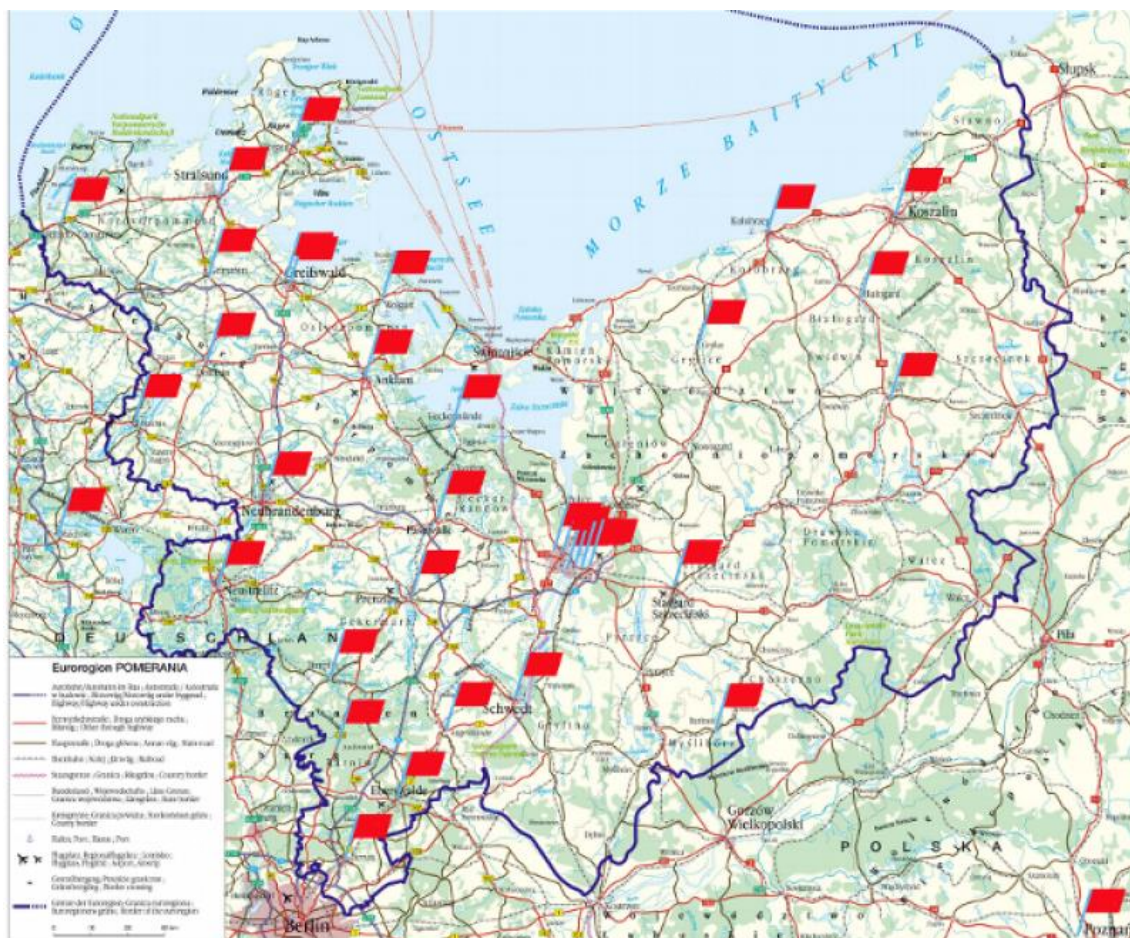
Projekt „Telemedycyna w Euroregionie Pomerania – sieć Pomerania”

Projekt „Telemedycyna w Euroregionie Pomerania – sieć Pomerania” był realizowany w ramach programu INTERREG IV A na lata 2007 – 2013. Głównym celem programu było utworzenie spólnie połączonej sieci szpitali po stronie niemieckiej i polskiej, która umożliwi uczestnikom projektu jak najlepszą komunikację z zastosowaniem technologii teleinformatycznych zmierzającą do podniesienia jakości opieki zdrowotnej. Uczestnikami projektu było 13 podmiotów zlokalizowanych na terenie województwa zachodniopomorskiego (11 jednostek ochrony zdrowia i 2 szczecińskie uczelnie) oraz 21 szpitali po stronie niemieckiej. Koordynatorem projektu w województwie zachodniopomorskim był Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie.

Podmioty województwa zachodniopomorskiego uczestniczące w projekcie, to:

- Pomorski Uniwersytet Medyczny – Zakład Genetyki i Zakład Patomorfologii
- Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie
- Specjalistyczny Szpital im. Prof. Alfreda Sokołowskiego w Szczecinie Zdunowie
- Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie
- Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach
- Regionalny Szpital w Kołobrzegu
- Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie
- Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc w Koszalinie
- Szpital w Połczynie Zdroju
- Szpital Powiatowy w Białogardzie
- Szpital w Barlinku
- Szpital w Stargardzie Szczecińskim
- Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 2 w Szczecinie

Mapa nr 1. „Zasięg projektu „Telemedycyna w Euroregionie Pomerania – sieć Pomerania”



Źródło: <http://www.pum.edu.pl/administracja/dzial-programow-europejskich/telemedycyna-w-euroregionie-pomerania-siec-pomerania>

Dzięki realizacji projektu pacjenci mają ułatwiony dostęp do specjalistycznych procedur medycznych, pomimo ograniczeń geograficznych. Szczególnie aspekt ten dotyczy mniejszych jednostek opieki zdrowotnej, które nie miały wcześniej możliwości korzystania ze specjalistycznych usług medycznych przez całą dobę - 7 dni w tygodniu (np. szpitale powiatowe).

Obustronna wymiana informacji umożliwi utrzymanie wysokiego poziomu opieki medycznej w zakresie profilaktyki, diagnostyki i terapii. Przysłuży się między innymi w zapobieganiu i leczeniu chorób nowotworowych, schorzeń serca i udarów mózgu, podejmowaniu szybkich decyzji i działań w przypadku ofiar wypadków oraz lepszej obsługi pacjenta. W ramach projektu zakupiony został specjalistyczny sprzęt oraz oprogramowanie, które umożliwi konsultacje ekspertów przez Internet.

Telemedycyna daje możliwości w zakresie: teleradiologii, telekardiologii, telepatologii, telekonsultacji z pacjentem i organizowania konsyliów lekarskich za pomocą wideokonferencji. Telepatologia i teleradiologia umożliwiają lekarzom specjalistom zatrudnionym w ośrodkach specjalistycznych zdalny dostęp do urządzeń w małych szpitalach poprzez sieć telemedyczną, wspomagając w ten sposób opiekę medyczną w tych szpitalach.

Dodatkowymi korzyściami wynikającymi z realizacji programu jest doskonalenie zawodowe lekarzy specjalistów w praktyce, wyposażenie w cyfrowy sprzęt diagnostyczny, zwiększenie trafności diagnoz oraz poprawa ich skuteczności.

Całkowita wartość projektu wynosiła ogółem 11 327 057 Euro, w tym ponad 7 776 861 Euro przeznaczono dla polskiej strony projektu.

Projekt „Pomerania” regionem modelowym ds. współpracy terytorialnej w zakresie badań przesiewowych noworodków

Projekt „Pomerania” regionem modelowym ds. współpracy terytorialnej w zakresie badań przesiewowych noworodków” realizowany jest w ramach Programu INERREG IVA, związany jest z programem międzynarodowej współpracy pomiędzy Meklemburgią – Pomorzem Przednim i Rzeczpospolitą Polską (województwo zachodniopomorskie).

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego. Opiera się o współpracę transgraniczną regionalnych centrów badań przesiewowych w Greifswaldzie, Szczecinie i Warszawie.

Projekt polegał na wykonywaniu bezpłatnych profilaktycznych badań przesiewowych noworodków w kierunku wczesnego wykrycia 11 chorób z grupy wrodzonych wad metabolizmu i zaburzeń endokrynologicznych. Badania przesiewowe noworodków były wykonywane w oddziałach noworodkowych województwa zachodniopomorskiego, polegały na pobraniu kropli krwi z piętki dziecka w 3-4 dobie życia i następnie przeprowadzaniu specjalistycznych badań analitycznych. Wczesne rozpoznanie choroby i podjęcie leczenia daje możliwość uniknięcia lub złagodzenia uszkodzeń wielu narządów oraz szansę na prawidłowy rozwój dziecka.

Projekt jest prowadzony we współpracy Kliniki Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii, Chorób Metabolicznych i Kardiologii Wieku Rozwojowego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie z Instytutem Matki i Dziecka w Warszawie, Kliniką Uniwersytecką w Greifswaldzie i Uniwersytetem im. Ernesta Maurycego Arndta w Greifswaldzie.

Współpraca z Krajem Związkowym Brandenburgia

W latach 2011-2012 odbywała się współpraca 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.

Tematami spotkań i konferencji w zakresie ochrony zdrowia była profilaktyka HIV/AIDS i opieka psychiatryczna.

Polsko-niemieckie spotkania dotyczące profilaktyki HIV/AIDS:

- W listopadzie 2011 r. podczas corocznej Konferencji z okazji Światowego Dnia AIDS, odbyło się polsko-niemieckie spotkanie robocze w Szczecinie z delegacją Ministerstwa do Spraw Środowiska, Zdrowia i Ochrony Konsumentów z Kraju Związkowego Brandenburgia, zorganizowane przez Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego w związku z realizacją projektu BORDERNETwork. Zaprezentowano konferencję jako jedną z form działań profilaktyczno-edukacyjnych wśród młodzieży w zakresie prewencji HIV/AIDS oraz omówiono możliwości dwustronnej współpracy w zakresie prewencji HIV.
- W grudniu 2012 r. odbyła się konferencja w Poczdamie na temat profilaktyki, diagnostyki i terapii dotyczących HIV/AIDS oraz chorób wenerycznych na terenach niemiecko-polskiego pogranicza, zorganizowana przez Ministerstwo do Spraw Środowiska, Zdrowia i Ochrony Konsumentów w Brandenburgii. Celem konferencji było wzmocnienie współpracy na poziomie lokalnym i transgranicznym oraz tworzenie wzajemnych strategii w zakresie zwalczania HIV/AIDS i chorób wenerycznych w ramach już istniejących sieci i relacji między organizacjami. Zadaniem konferencji było przedstawienie sytuacji epidemiologicznej i tendencji w tej dziedzinie w Polsce i Niemczech oraz przedstawienie możliwości transgranicznej kooperacji.

Polsko-niemieckie spotkania dotyczące opieki psychiatrycznej:

- W grudniu 2011 r. odbyło się spotkanie w Poczdamie na temat organizacji opieki psychiatrycznej w Niemczech i Polsce. Zapoznano się z systemem organizacji i formami psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Niemczech oraz zadaniami Centrum Psychiatrycznego w Poczdamie. Przedstawiciele Brandenburgii zaprezentowali zasady organizacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Niemczech w aspekcie jej kompleksowości i integracji z różnymi instytucjami pomocowymi. Uczestnikami spotkania byli przedstawiciele szpitali psychiatrycznych, lekarze, ordynatorzy oddziałów psychiatrycznych z Województwa Zachodniopomorskiego oraz Landu Brandenburgia.
- W październiku 2012 r. w Kołobrzegu odbyło się spotkanie na temat opieki zdrowotnej psychiatrycznej, zorganizowane przez Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego i Regionalny Szpital w Kołobrzegu, jako kontynuacja współpracy pomiędzy Ministerstwem Środowiska, Zdrowia i Ochrony Konsumenta Kraju Związkowego Brandenburgia, Województwem Zachodniopomorskim i Województwem Lubuskim, realizowanej w ramach „Grupy Projektowej Współpracy Przygranicznej z zakresu Środowiska, Ochrony Konsumentów, Zdrowia i Uzależnień”. Uczestnikami spotkania byli specjaliści w zakresie organizacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej i zarządzający podmiotami leczniczymi, przedstawiciele z Kraju Związkowego Brandenburgia, przedstawiciele Oddziałów Psychiatrycznych ze Szpitali: „Zdroje” w Szczecinie, Gryficach, Kołobrzegu, przedstawiciele Urzędu Marszałkowego

Województwa Zachodniopomorskiego oraz Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubuskiego. Podczas spotkania omówiono zadania Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, wskaźniki zachorowalności na choroby psychiczne i wymieniono doświadczenia dotyczące organizacji leczenia psychiatrycznego w trzech regionach przygranicznych: Brandenburgii, Województwie Lubuskim i Województwie Zachodniopomorskim. Przedstawiciele Brandenburgii przedstawili zasady organizacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Niemczech w aspekcie jej kompleksowości i integracji z różnymi instytucjami pomocowymi. Zaprezentowano także przykłady działań Stowarzyszenia Użytkowników Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej oraz ich Rodzin i Przyjaciół „Feniks” w Kołobrzegu.

Wymiana wiedzy na temat modelu organizacji opieki psychiatrycznej w Polsce i Niemczech posłuży do doskonalenia jej po obu stronach granicy. Zbieżnym elementem w organizacji opieki psychiatrycznej po obu stronach jest potrzeba zabezpieczenia terapii w dziennych formach, co w przyszłości może stać się podstawą do wspólnych projektów aplikujących do wsparcia dofinansowaniem z budżetu unijnego.

PROGRAM RESTRUKTURYZACJI OCHRONY ZDROWIA

W szóstym okresie sprawozdawczym sektor ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego w ograniczonym stopniu korzystał z ustawowych programów umożliwiających restrukturyzację samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Zasadniczą przyczyną było utrzymywanie w latach 2011-2012 dobrej kondycji finansowej, wynikającej z przeprowadzonych procesów restrukturyzacyjnych w okresach poprzednich.

W latach 2011-2012 procesy restrukturyzacyjne określały dwie regulacje prawne:

- 1) 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*”;
- 2) Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654, ze zm.).

Program „*Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia*” 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 programu w skali kraju wyniosło 755 140,95 tys. zł (czyli niespełna 55%, w tym większość w 2011 roku – 39,3%, czyli 543 408,72 tys. zł).

Powodem niskiego stanu realizacji programu były między innymi: skomplikowane procedury związane z 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.

Spśród jednostek samorządu terytorialnego województwa zachodniopomorskiego w programie uczestniczyły: powiat gryfiński, powiat stargardzki 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, w związku z powołaniem spółki z ograniczoną odpowiedzialnością. Wniosek został zrealizowany w latach 2010-2011. Powiat otrzymał dotację z budżetu państwa w 2010 roku w wysokości 706 351,29 zł oraz w 2011 roku w wysokości 452 594,26 zł. Powiat stargardzki złożył wniosek o refundację zobowiązań przejętych po likwidacji Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Łobzie, którego likwidacja nastąpiła po wejściu w życie Uchwały, lecz nie została powołana spółka. Powiat otrzymał dotację z budżetu państwa w 2011 roku w wysokości 11 167 148,74 zł. Wniosek powiatu goleniowskiego został pozostawiony bez rozpatrzenia przez Bank Gospodarstwa Krajowego.

W dniu 1 lipca 2011 r. weszła w życie ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654, ze zm.), a jednocześnie utraciła moc ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Nowa ustawa zakładała możliwość przekształcania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe w formie uproszczonej, bez konieczności wcześniejszej likwidacji SPZOZ. Podmiot tworzący może komercjalizować podległe jednostki dobrowolnie, na podstawie przepisów ustawy oraz rozporządzeń wykonawczych. Jednakże, w przypadku wystąpienia w sprawozdaniu finansowym SPZOZ ujemnego wyniku finansowego, podmiot tworzący musi albo pokryć ujemny wynik finansowy tej jednostki po dodaniu amortyzacji, albo podjąć decyzję o przekształceniu SPZOZ w spółkę kapitałową. Obowiązek pokrycia ujemnego wyniku finansowego podległych jednostek lub ich przekształcenia w spółki powstaje po raz pierwszy w 2013 roku, w oparciu o wyniki za 2012 rok.

Przekształcenie SPZOZ w spółki kapitałowe może być objęte wsparciem finansowym z budżetu państwa dla podmiotu tworzącego. Ustawa przewiduje następujące instrumenty wsparcia finansowego procesu przekształceń:

- 1) umorzenie przejętych od SPZOZ niektórych zobowiązań publicznoprawnych, znanych na dzień 31.12.2009 r.,
- 2) udzielenie podmiotom tworzącym dotacji celowych z budżetu państwa na pokrycie części kosztów przekształcenia.

Na powyższe cele przeznaczono w budżecie państwa 1 400 000 tys. zł

Warunkiem skorzystania przez podmiot tworzący z instrumentów wsparcia jest przekształcenie SPZOZ w spółki do 31.12.2013 r. (wpisanie spółki do rejestru przedsiębiorców).

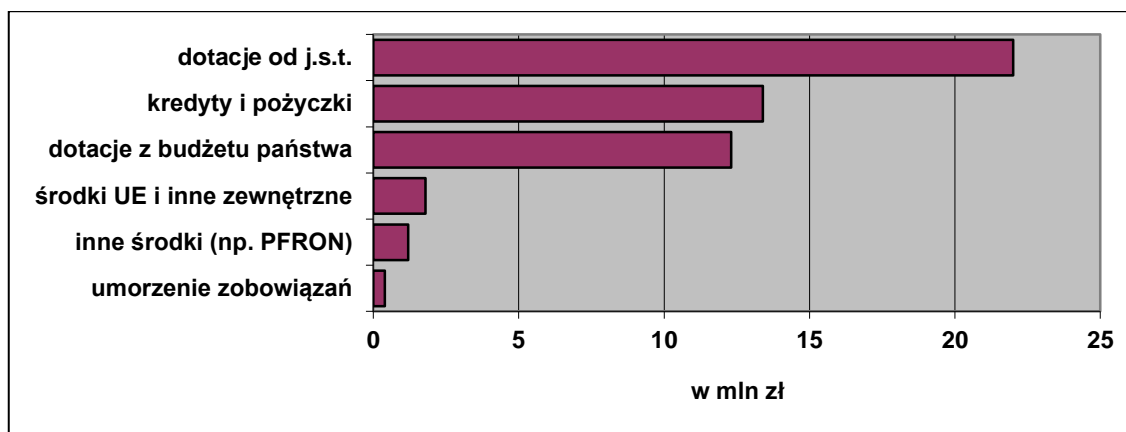
W praktyce, możliwość przekształcania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe na podstawie ustawy o działalności leczniczej nastąpiła dopiero od 2012 r. – z chwilą wejścia w życie rozporządzeń wykonawczych do ustawy.

Spośród jednostek samorządu terytorialnego województwa zachodniopomorskiego w 2012 roku z powyższych regulacji skorzystały: powiat goleniowski, który w dniu 8 lutego 2012 roku przekształcił podległy szpital powiatowy w Szpitalne Centrum Medyczne w Goleniowie Sp. z o.o. i otrzymał 12 261,87 zł dotacji z budżetu państwa oraz powiat myśliborski, który w dniu 17 października 2012 roku przekształcił podległy szpital powiatowy w Dębnie w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością i otrzymał dotację z budżetu państwa w wysokości 10 241 583,88 zł.

Poza ustawowymi programami restrukturyzacji, w szóstym okresie sprawozdawczym zakłady opieki zdrowotnej były objęte pomocą finansową z różnych źródeł, w większości przeznaczonych na inwestycje i dostosowanie do wymogów fachowo-sanitarnych.

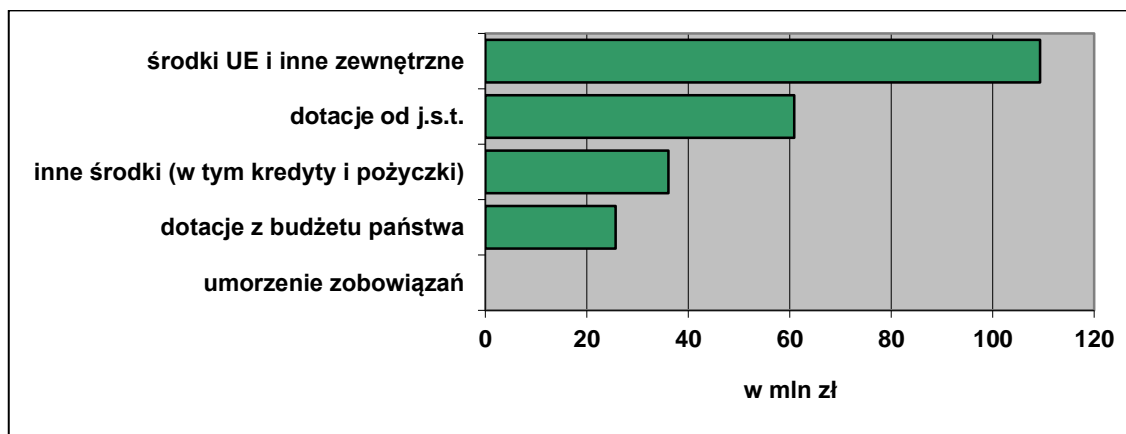
Źródła pomocy finansowej dla jednostek powiatowych, wojewódzkich oraz resortowych i klinicznych w latach 2011-2012 prezentują wykresy (4-6).

Wyk.4. Źródła pomocy finansowej dla powiatowych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2011-2012



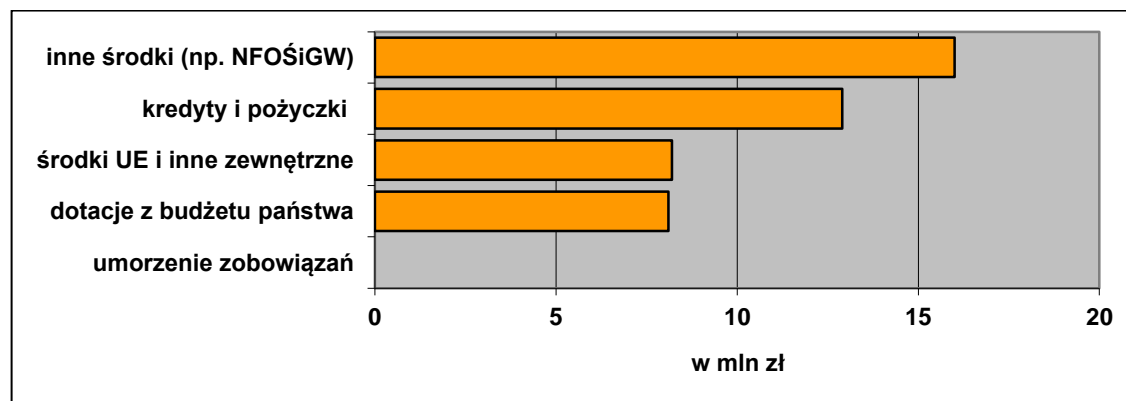
Oprac. Wydział Zdrowia UMWZ na podstawie ankietyzacji

Wyk.5. Źródła pomocy finansowej dla wojewódzkich zakładów opieki zdrowotnej w latach 2011-2012



Oprac. Wydział Zdrowia UMWZ na podstawie ankietyzacji

Wyk.6. Źródła pomocy finansowej dla klinicznych i resortowych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2011-2012



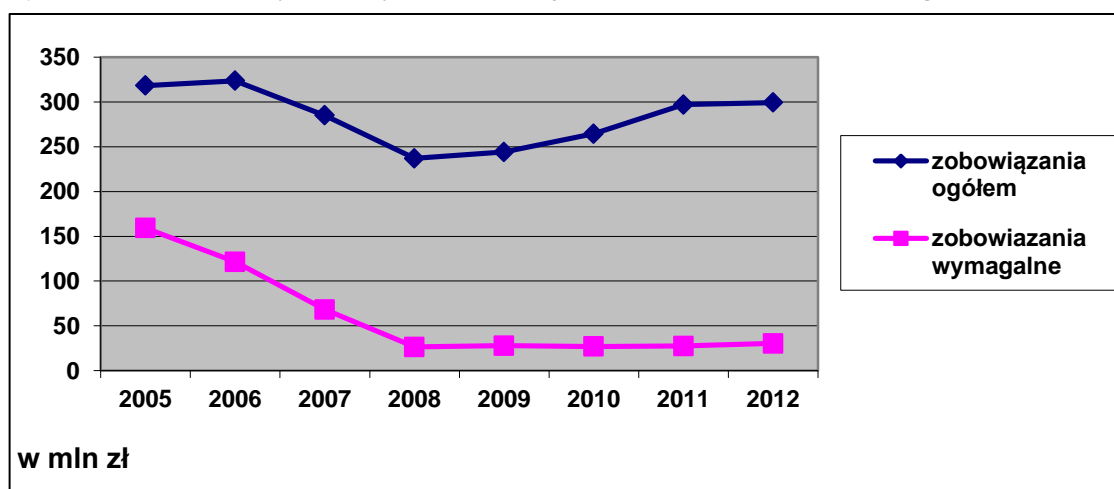
Oprac. Wydział Zdrowia UMWZ na podstawie ankietyzacji

W przypadku powiatowych zakładów opieki zdrowotnej największym źródłem pomocy finansowej w latach 2011-2012 były podmioty tworzące – samorządy powiatowe. W przypadku szpitali wojewódzkich oraz klinicznych i resortowych najważniejszą rolę pomocową odegrały środki pozyskane z Unii Europejskiej oraz inne zewnętrzne. W jednostkach wszystkich szczebli, istotnym źródłem pomocy finansowej stały się również kredyty bankowe i pożyczki.

W wyniku korzystania z różnych form pomocy publicznej oraz realizacji programów restrukturyzacyjnych, niektóre 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 7.

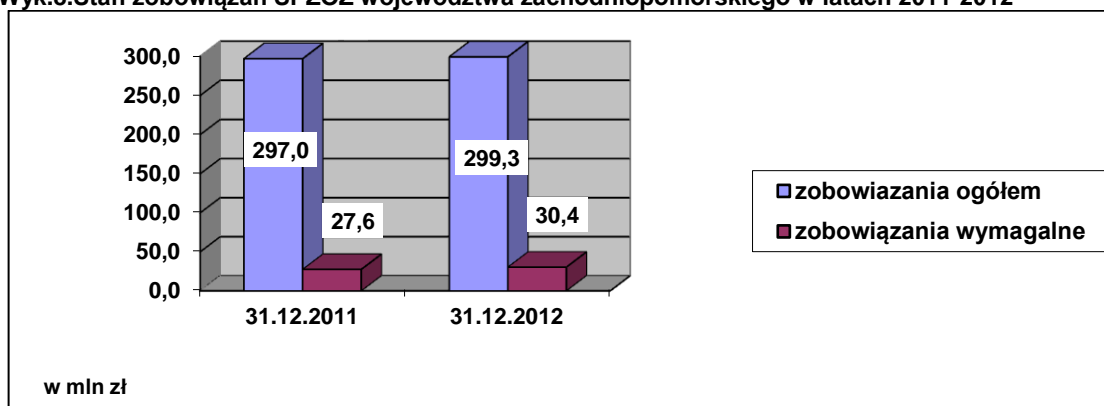
Wyk.7. Kształtowanie się zobowiązań SPZOZ województwa zachodniopomorskiego



Oprac. Wydział Zdrowia UMWZ na podstawie ankietyzacji

Stan zobowiązań samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w szóstym okresie sprawozdawczym, tj. w latach 2011-2012 przedstawia wykres 8.

Wyk.8. Stan zobowiązań SPZOZ województwa zachodniopomorskiego w latach 2011-2012

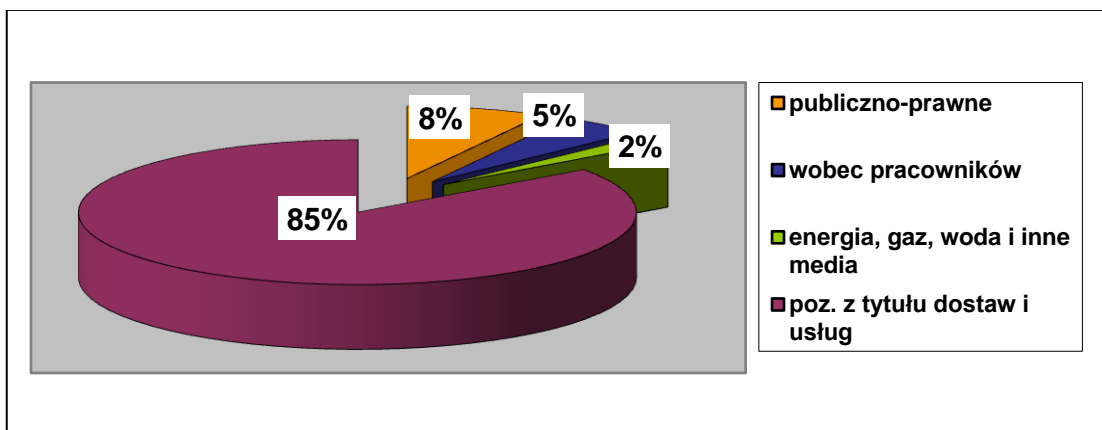


Oprac. Wydział Zdrowia UMWZ na podstawie ankietyzacji

Udział zobowiązań wymagalnych w zobowiązaniach ogółem wynosił w 2011 roku 9,3%, natomiast w 2012 roku – 10,1%.

Strukturę zobowiązań ogółem SPZOZ województwa zachodniopomorskiego w 2011 roku przedstawia wykres 9.

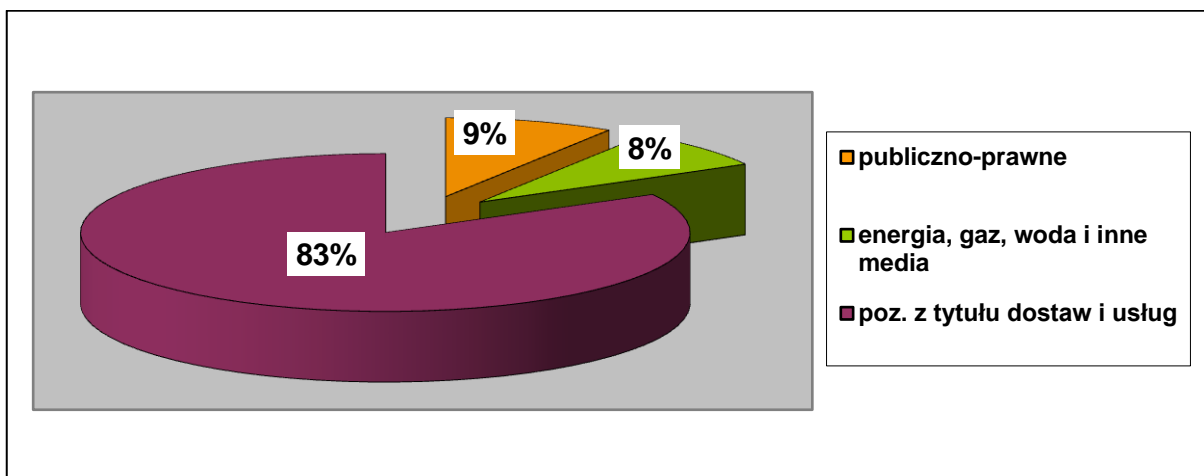
Wyk.9. Struktura zobowiązań ogółem SPZOZ w 2011 r.



Oprac. Wydział Zdrowia UMWZ na podstawie ankietyzacji

Strukturę zobowiązań wymagalnych SPZOZ województwa zachodniopomorskiego w 2011 roku przedstawia wykres 10.

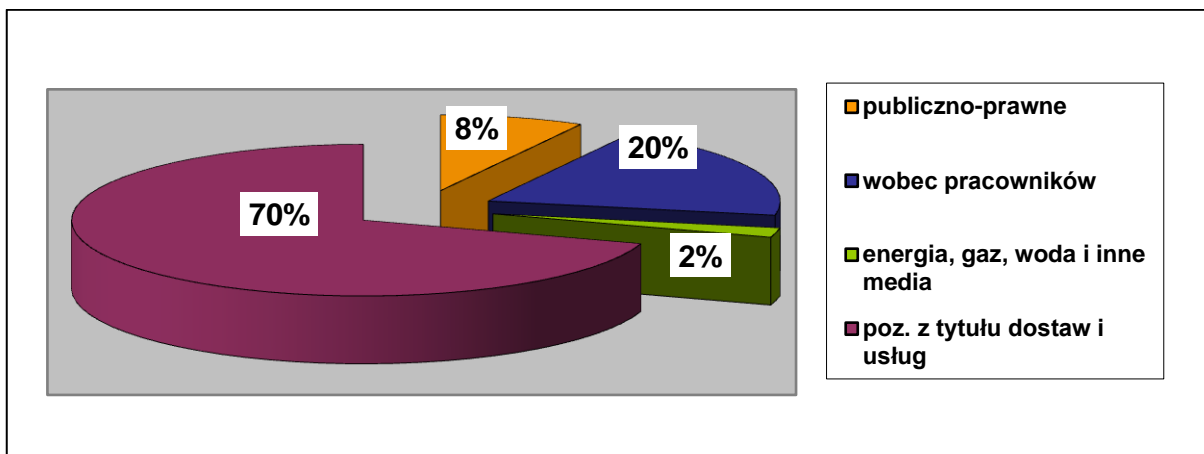
Wyk.10. Struktura zobowiązań wymagalnych SPZOZ w 2011 r.



Oprac. Wydział Zdrowia UMWZ na podstawie ankietyzacji

Strukturę zobowiązań ogółem SPZOZ województwa zachodniopomorskiego w 2012 roku przedstawia wykres 11.

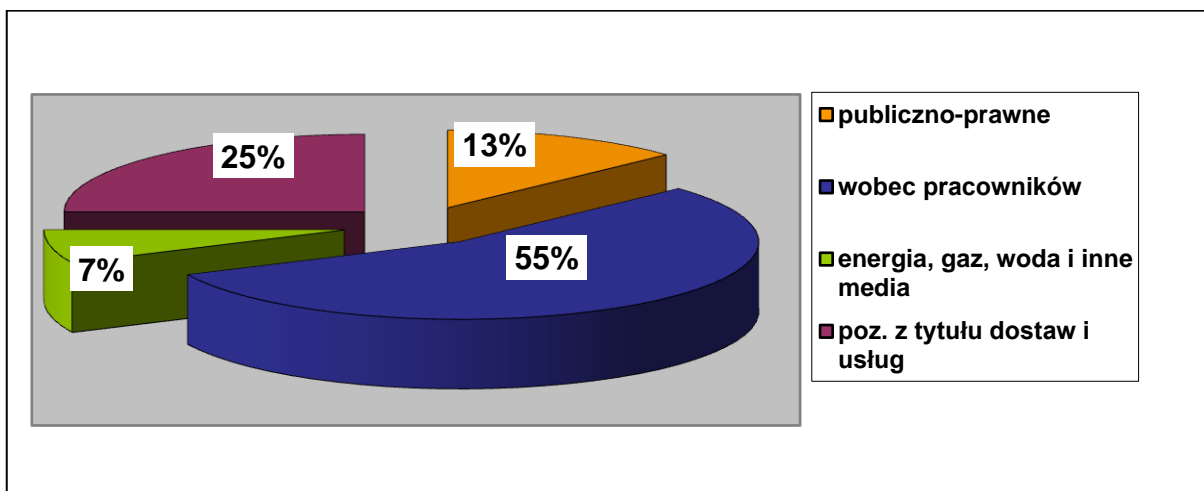
Wyk.11. Struktura zobowiązań ogółem SPZOZ w 2012 r.



Oprac. Wydział Zdrowia UMWZ na podstawie ankietyzacji

Strukturę zobowiązań wymagalnych SPZOZ województwa zachodniopomorskiego w 2012 roku przedstawia wykres 12.

Wyk.12. Struktura zobowiązań wymagalnych SPZOZ w 2012 r.



Oprac. Wydział Zdrowia UMWZ na podstawie ankietyzacji

W 2012 roku w strukturze zobowiązań ogółem oraz zobowiązań wymagalnych SPZOZ zauważalny był znaczący wzrost zaległości wobec pracowników. Należy podkreślić, że zobowiązania wymagalne wobec wierzycieli publicznoprawnych oraz wobec pracowników wykazywały głównie jednostki powiatowe. Wojewódzkie zakłady w latach 2011-2012 nie posiadały zadłużenia wobec fiskusa i wobec zatrudnionych.

WNIOSKI:

1. Samorządy terytorialne najczęściej koncentrowały swoje działania na realizacji zadań związanych z profilaktyką i promocją zdrowia przy jednoczesnym ograniczaniu funkcji właścicielskich.
2. Stale niepokojącym zjawiskiem jest słabe wypełnianie roli podmiotu tworzącego i funkcji organizatora lokalnej opieki zdrowotnej.
3. Brak podległych zakładów opieki zdrowotnej nie zwalnia jednostek samorządu terytorialnego z obowiązków ustawowych w zakresie promocji i ochrony zdrowia.
4. 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.
5. Tylko nieliczne jednostki samorządu terytorialnego opracowują lokalne strategie rozwoju i zabezpieczenia opieki zdrowotnej, po uprzednim monitorowaniu potrzeb zdrowotnych.
6. Położenie geograficzne i transgraniczne województwa zachodniopomorskiego służy rozwojowi współpracy zagranicznej w zakresie ochrony zdrowia.
7. Sektor ochrony zdrowia w ograniczonym stopniu korzystał z ustawowych programów umożliwiających restrukturyzację SPZOZ. Zasadniczą przyczyną było utrzymywanie dobrej kondycji finansowej jednostek w latach poprzednich.
8. Niski stan realizacji programu pomocy publicznej z budżetu państwa wynikał głównie ze skomplikowanych procedur, obowiązku wcześniejszej likwidacji zakładu i wysoce rygorystycznych warunków przyznawania dotacji.
9. Z pomocy publicznej z budżetu państwa na cele przekształceniowe SPZOZ-ów skorzystały tylko cztery powiaty województwa zachodniopomorskiego (powód – zadłużenie jednostek).
10. Im wyższy szczebel terytorialny, tym lepsza i większa przyswajalność pomocy finansowej z UE i innych źródeł zewnętrznych.
11. Stan zobowiązań wymagalnych publicznoprawnych i wobec pracowników wykazywały głównie jednostki powiatowe.

B. ZARZĄDZANIE JAKOŚCIĄ OPIEKI MEDYCZNEJ

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA- POZ

Zgodnie z definicją (*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. Najczęściej gminy cedują zadania związane z zabezpieczeniem ochrony zdrowia na niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, funkcjonujące na ich terytorium. 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 ustawowych.

W większości samorzady nie pełnią roli organizatora i nadzorcy nad realizacją zadań w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i stomatologii. Tylko 19 gmin 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. powołanie Rady Społecznej, działającej przy SP ZOZ monitorującej działania w zakresie POZ,
5. systematyczny monitoring udzielanych świadczeń w ramach POZ,
6. cykliczną sprawozdawczość i jej analizę,
7. współpraca z NZOZ i negocjacje dot. podniesienia jakości udzielanych świadczeń,
8. zapewnienie dostępu do nocnej i weekendowej opieki zdrowotnej,
9. zapewnienie opieki ambulatoryjnej w okresie letnim
10. zapewnienie opieki medycznej w szkołach miejskich.

Zdecydowana większość placówek medycznych w zakresie POZ funkcjonuje jako niepubliczny zakład opieki zdrowotnej. **Według danych z NFZ, w 1999 roku liczba podmiotów POZ wynosiła 174, natomiast w 2012 roku funkcjonowało 461 podmiotów.** Aktualna liczba jednostek jest większa w stosunku do roku 2010. Poniżej w tabeli przedstawiono zmiany w liczbie podmiotów POZ w porównaniu do poprzednich okresów sprawozdawczych.

Tab.3. Liczba podmiotów POZ ogółem w latach 2002-2012

Lata/ zakłady POZ ogółem	2002	2004	2006	2008	2010	2012
	364	411	468	447	456	461

Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie danych z ZOW NFZ

Zgodnie z dostępnymi danymi statystycznymi odnotowano nieznaczną tendencję wzrostową w odniesieniu do liczby zatrudnionych lekarzy w POZ. W aktualnie badanym okresie POZ zatrudnia 769 lekarzy z czego 349 stanowią lekarze rodzinni, 170 lekarze pediatrii, pozostali zaś (180) to lekarze posiadający inne specjalizacje. W porównaniu do pierwszego badanego okresu (1999 r.) liczba lekarzy zwiększyła się o 27, natomiast w porównaniu do poprzedniego okresu rozliczeniowego – zmniejszyła się o 179. W 2012 r. odnotowano znaczny spadek w liczbie zatrudnionych pielęgniarek w POZ – z 1 371 pielęgniarek w 2010 r. do 969 pielęgniarek w 2012 r. Spadek ten może być podyktowany zachodzącymi zmianami demograficznymi, migracją mieszkańców i zachodzącymi zmianami organizacyjnymi wśród poszczególnych podmiotów POZ.

W porównaniu z rokiem 2010 spadła liczba udzielanych porad. W 2012 r. liczba udzielonych porad wynosiła 3 456 172 (wskaźnik na 1 mieszkańca – 2,0). Największy wskaźnik liczby porad przypadających na 1 mieszkańca odnotowano w mieście Szczecinie (3,7) oraz w Koszalinie (3,6), zaś najmniejszy w powiecie drawskim (0,6) oraz choszczeńskim i goleniowskim (0,7).

Tab.4. Liczba lekarzy i pielęgniarek zatrudnionych w POZ w latach 1999-2012

Lata/ liczba lekarzy i pielęgniarek	1999	2006	2008	2010	2012
Lekarze	742	910	947	948	769
Pielęgniarki	1 310	1 336	1 406	1 371	969

opracowanie na podstawie danych z Wydziału Zdrowia Publicznego Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego

Zmniejszenie 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 1 423 pacjentów, podczas gdy w poprzednim okresie prezentowana wartość wynosiła 1 494 pacjentów.

Dane ZOW NFZ prezentują również liczbę pacjentów przypadających na:

- 1 pielęgniarkę środowiskowo rodzinną – 2 027 pacjentów,
- 1 położną – 2 820 pacjentów,
- 1 pielęgniarkę szkolną – 719 uczniów.

Według danych Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia liczba lekarzy dentystów na terenie całego województwa znacznie zmalała. W 2002 r. liczba lekarzy dentystów wynosiła 749, podczas gdy w 2012 r. już tylko 709 lekarzy. Zmniejszył się także wskaźnik zatrudnienia lekarzy dentystów na 10 tys. mieszkańców, który wyniósł w 2012 r. wartość 5,0.

Tab.5. Liczba lekarzy dentystów w latach 2002-2012

Lata/liczba lekarzy	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Liczba lekarzy dentystów ogółem	749	914	1 022	1 023	1 200	709

*opracowanie na podstawie danych z Wydziału Zdrowia Publicznego
Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego*

Tab.6. Wskaźnik zatrudnienia lekarzy dentystów na 10 tys. osób w latach 2002-2012

Lata	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Zachodniopomorskie	4,4	5,4	6,0	6,0	7,1	5,0

*opracowanie na podstawie danych z Wydziału Zdrowia Publicznego
Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego*

Wraz ze spadkiem liczby lekarzy dentystów, odnotowano spadek wskaźnika liczby porad stomatologicznych na 1 mieszkańca. W 2012 r. wskaźnik ten wyniósł 0,6. Na przestrzeni lat 2011 - 2012 spadła liczba porad stomatologicznych w zakresie stomatologii zachowawczej, ortodoncji i protetyki. Wzrost porad odnotowano w chirurgii stomatologicznej.

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

Tab.7. Wskaźnik porad stomatologicznych na 1 mieszkańca w latach 2002-2012

Lata	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Zachodniopomorskie	0,8	0,8	0,9	0,7	0,9	0,6

*opracowanie na podstawie danych z Wydziału Zdrowia Publicznego
Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego*

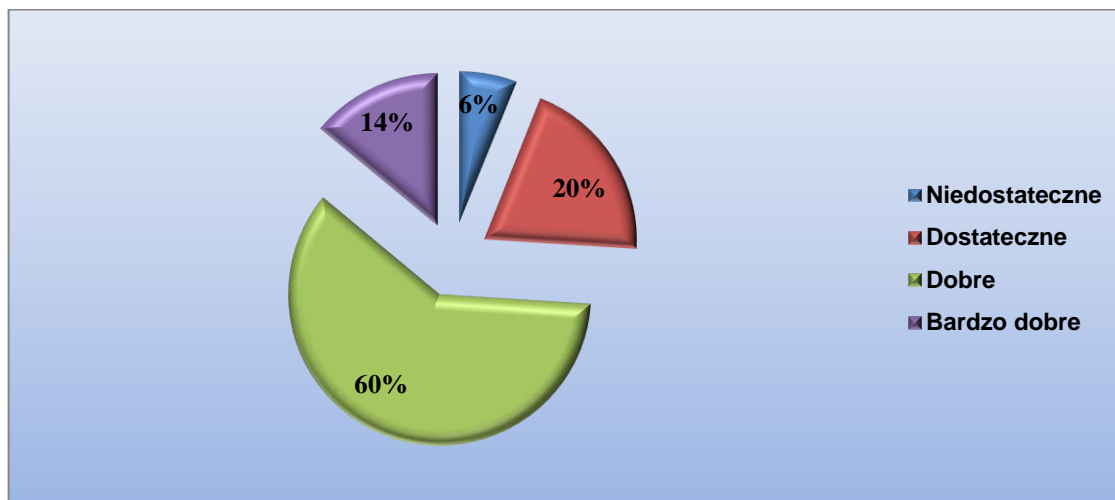
Tab.8. Liczba porad stomatologicznych z podziałem na poradnie w latach 2002-2010 r.

Liczba porad ogółem	2002	2006	2008	2010	2012
		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	839 975
ortodoncja	45 352	86 818	87 865	92 652	84 404
protetyka	35 712	42 742	51 615	46 352	45 493
chirurgia stomatologiczna	40 085	36 910	34 756	37 623	44 039

opracowanie na podstawie danych z Wydziału Zdrowia Publicznego 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.13. Ocena warunków panujących w zakładach POZ w szóstym okresie sprawozdawczym



Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie ankietyzacji

W porównaniu do poprzedniego okresu sprawozdawczego więcej ankietowanych oceniło warunki panujące w zakładach POZ jako bardzo dobre (z 10% do 14%), natomiast zmniejszyła się liczba osób, które oceniały warunki jako dostateczne (z 25% na 20%).

Aspektem najczęściej ocenianym jako „niedostateczny” jest dostęp do usług stomatologicznych. Gminy, m.in.: 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, co jest naruszeniem delegacji ustawowych.
2. Zdecydowana większość placówek medycznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i stomatologii funkcjonuje jako niepubliczny zakład opieki zdrowotnej.
3. Wraz ze spadkiem liczby lekarzy rodzinnych i pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych oraz na bazie zmian demograficznych, migracji i reorganizacji POZ zmniejsza się liczba pacjentów przypadająca na 1 lekarza.
4. Wraz ze spadkiem liczby lekarzy dentyków, wiele gmin podaje utrudniony dostęp do publicznych usług stomatologicznych. Ani gminy, ani praktyki lekarskie (poza Narodowym Funduszem Zdrowia) nie prowadzą statystyk w zakresie liczby, dostępności i jakości usług stomatologicznych.
5. Zdaniem ankietowanych gmin, ogólna ocena warunków techniczno-sanitarnych w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej była na poziomie dobrym.

AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA – AOS

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”.

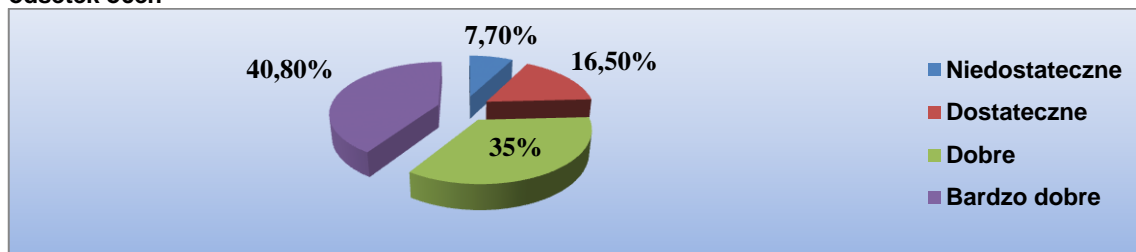
Od początku realizacji kierunków strategicznych, podmioty zaangażowane w rozwój i działalność ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w swoich dążeniach kierowały się przede wszystkim zmniejszeniem lub eliminacją problemów związanych z dostępnością lekarzy specjalistów z uwagi na aspekt geograficzny, bądź organizacyjny, a także zmniejszeniem czasu oczekiwania na uzyskanie 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 2011 – 2012 zwiększyła się liczba poradni specjalistycznych oraz nastąpiło wydłużenie czasu pracy poradni. Dodatkowo zwiększyła się liczba pracowni diagnostycznych wyposażonych w nowszą i doskonalszą aparaturę medyczną. Poprawie uległy również warunki lokalowe poradni specjalistycznych. Podkreślenia wymaga tutaj fakt znacznego zaangażowania samorządów lokalnych.

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

Badanie ankietowe VI okresu wykazało, że według opinii samorządów powiatowych ogólna dostępność do poradnictwa specjalistycznego jest na poziomie bardzo dobrym. Wykres 14 prezentuje ocenę warunków w zakładach AOS w skali czterostopniowej w procentach.

Wyk.14. Ocena warunków panujących w zakładach AOS w szóstym okresie sprawozdawczym – odsetek ocen



Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie ankietyzacji

W analizowanym okresie sprawozdawczym odnotowano wzrost liczby podmiotów w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej o 7, co może być podyktowane zmianami organizacyjnymi od 2010 roku. Ponadto, zwiększeniu uległa ogólna liczba poradni

specjalistycznych (w 12 rodzajach specjalności) z 1 222 poradni w 2010 r. do 1 369 poradni w 2012 r., co wynika z zasad kontraktacji usług medycznych.

Analiza dostępnych danych statystycznych wykazała zmniejszenie liczby udzielonych porad ogółem (7 222 952 porad) w stosunku do poprzedniego okresu (7 390 273 porad) o 167 321 porady. Największy wzrost liczby udzielonych porad odnotowano w poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej, następnie chirurgii ogólnej oraz neurologicznej. Równocześnie największy spadek udzielonych porad nastąpił w poradniach: ginekologiczno-położniczej, dermatologicznej oraz kardiologicznej i otolaryngologicznej.

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 15.

Tab.9. Liczba podmiotów w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w latach 2002-2012

Lata	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Zakłady AOS ogółem	197	253	262	321	272	279
Liczba poradni specjalistycznych	826	947	946	1 141	1 222	1369

Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie danych z ZOW NFZ

Tab.10. Liczba 12 podstawowych poradni specjalistycznych w latach 2002-2012

Lata/poradnia	2002	2004	2006	2008	2010	2012
alergologiczna	32	31	30	27	23	26
chirurgii ogólnej	76	101	101	84	80	81
chirurgii urazowo-ortopedycznej	71	88	91	64	62	55
dermatologiczna i wenerologiczna	63	88	97	71	63	70
diabetologiczna	35	38	41	34	34	34
ginekologiczno-położnicza	172	233	243	190	181	176
kardiologiczna	45	54	53	47	49	48
neurologiczna	81	93	100	72	79	73
okulistyczna	92	119	125	91	83	82
otolaryngologiczna	77	104	101	80	72	80
rehabilitacyjna	43	47	52	42	44	47
zdrowia psychicznego	39	45	43	35	108	53

Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie danych z ZOW NFZ

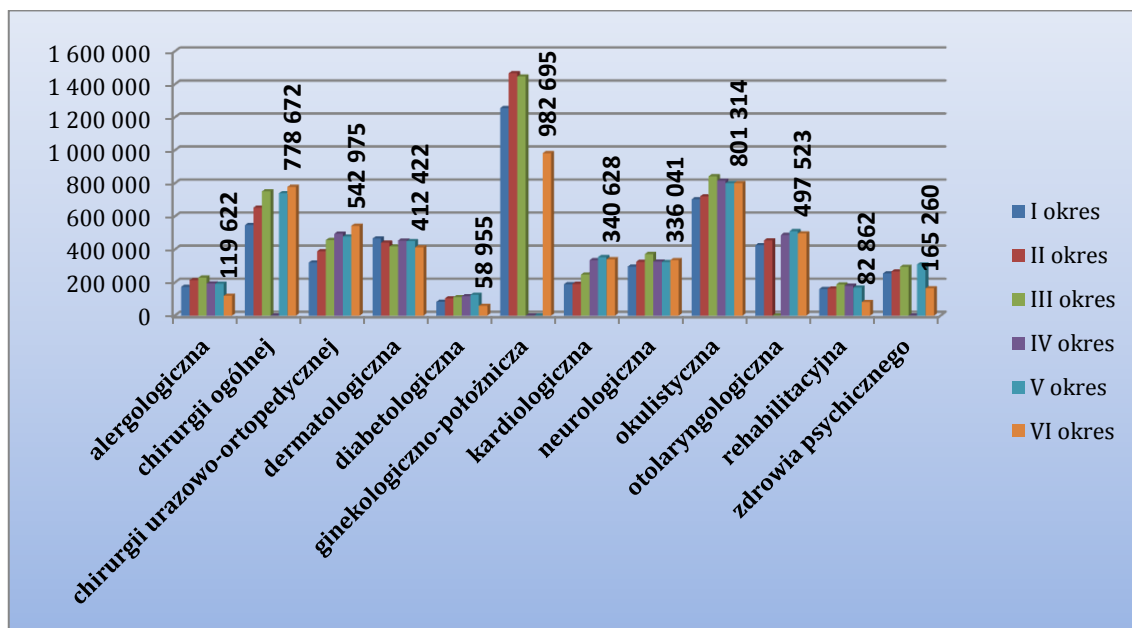
**Tab.11. Liczba udzielonych porad specjalistycznych ogółem w województwie w latach 2001-2012
w tym w 12 podstawowych specjalnościach**

Lata/poradnia	2001-2002*	2003-2004*	2005-2006*	2007-2008*	2009-2010*	2011-2012*
ogółem	4 880 940	5 396 149	7 457 502	7 249 069	7 390 273	7 222 952
alergologiczna	174 099	214 770	230 042	194 620	192 529	119 622 (2011 rok)
chirurgii ogólnej	547 570	652 966	751 735	717 215	739 744	778 672
chirurgii urazowo- ortopedycznej	320 679	389 555	456 896	495 105	478 098	542 975
dermatologiczna	466 276	441 217	418 333	453 838	450 733	412 422
diabetologiczna	83 982	104 691	111 777	117 750	125 410	58 955 (2011 rok)
ginekologiczno- położnicza	1 255 900	1 467 121	1 447 258	1 265 617	1 258 089	982 695
kardiologiczna	190 038	192 289	248 689	335 528	353 690	340 628
neurologiczna	296 717	325 510	372 533	327 186	324 331	336 041
okulistyczna	703 518	721 252	842 760	815 692	800 854	801 314
otolaryngologiczna	425 787	455 022	495 599	488 374	510 790	497 523
rehabilitacyjna	160 896	164 086	188 268	180 635	169 490	82 862 (2011 rok)
zdrowia psychicznego	255 478	267 670	295 177	290 569	309 392	165 260 (2011 rok)

opracowanie Wydziału Zdrowia na podstawie danych z Wydziału Zdrowia Publicznego
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, z lat 2011-2012
(z wyjątkiem danych wyłącznie z roku 2011 – brak danych z roku 2012)

Wyk.15. Porównanie liczby udzielonych porad w wybranych poradniach w sześciu okresach sprawozdawczych



opracowanie Wydziału Zdrowia na podstawie danych z Wydziału Zdrowia Publicznego Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego

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

- **2002** – 1,8
- **2004** – 2,1
- **2006** – 2,3
- **2008** – 2,1
- **2010** – 2,2
- **2012** – 2,0

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

- **2002** – 1 627
- **2004** – 1 854
- **2006** – 1 919
- **2008** – 1 890
- **2010** – 2 419
- **2012** – 2 440

Stale poprawia się rozmieszczenie wysokospecjalistycznej aparatury medycznej, stan techniczny sprzętu oraz dostosowanie do wymogów dot. nowoczesnych metod

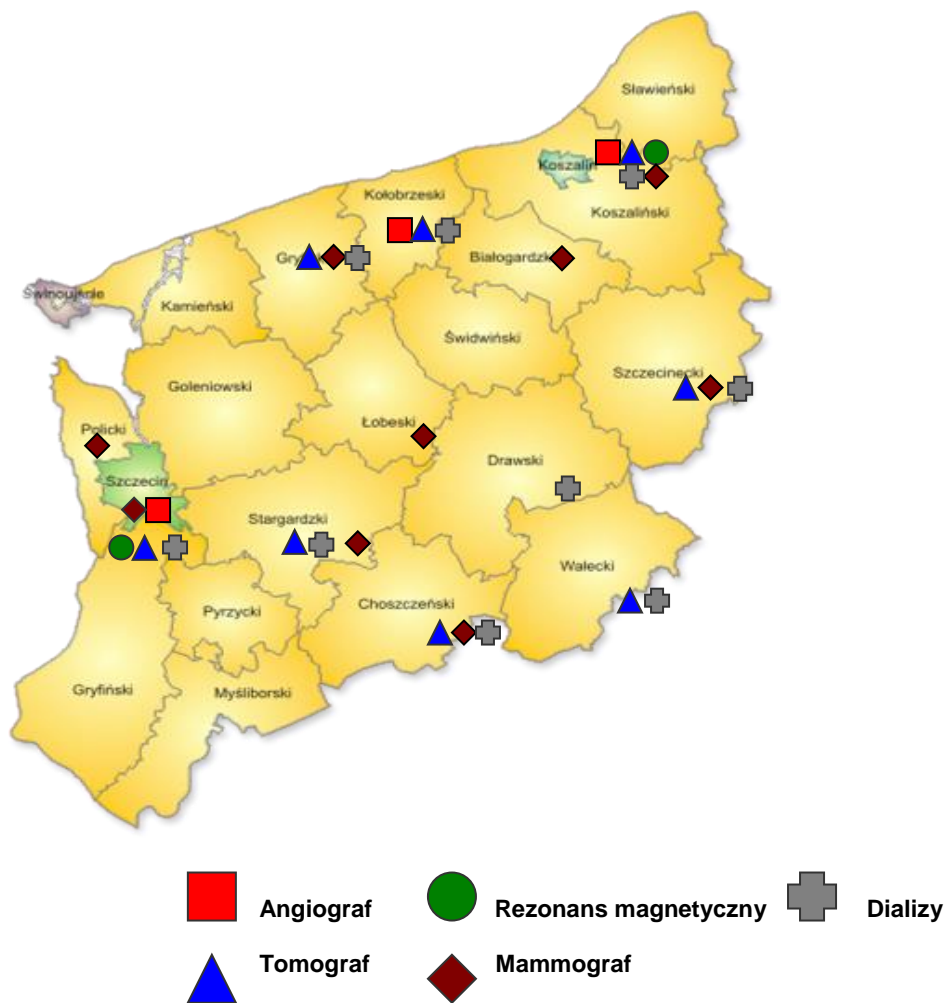
diagnostycznych, co istotnie wpływa na stan bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców województwa. Aparatura wysokospecjalistyczna stała się bardziej dostępna dzięki wsparciu jednostek ochrony zdrowia ze strony samorządów lokalnych oraz środków unijnych, a także operatorów zewnętrznych.

Tab.12. Wysokospecjalistyczna aparatura medyczna na terenie województwa w 2002 r. i 2012 r.

Nazwa aparatu	Liczba aparatów	
	2002	2012
ANGIOGRAF	5	12
MAMMOGRAF	27	65
REZONANS MAGNETYCZNY	2	12
TOMOGRAF KOMPUTEROWY	9	19
APARAT DO HEMODIALIZY	66	195

Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie danych ZOW NFZ

Mapa nr 2. Rozmieszczenie aparatury wysokospecjalistycznej na terenie województwa (lokalizacje)



Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie danych z ZOW NFZ oraz z Wydziału Zdrowia Publicznego 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 i bardzo dobrym (w zależności od rodzaju poradni specjalistycznej).
2. W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej odnotowano zwiększenie liczby poradni specjalistycznych przy jednoczesnym wzroście liczby zakładów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
3. Poprawiły się warunki lokalowe i sprzętowe poradni specjalistycznych oraz nastąpiło wydłużenie czasu pracy poradni.
4. Pomimo tego i przy znacznym zaangażowaniu samorządów lokalnych, nadal do wielu poradni jest wydłużona kolejka oczekujących pacjentów.
5. Ciągłe zmiany kryteriów dla świadczeniodawców AOS nie sprzyjają lepszej organizacji pracy, co z kolei nie umożliwia skrócenia kolejek oczekujących.
6. Około 30% - 40% pacjentów (mimo obowiązku ustawowego) nie wycofuje się z listy oczekujących po uzyskaniu świadczenia w innej lokalizacji.
7. W stosunku do poprzedniego okresu sprawozdawczego spadła liczba udzielonych porad głównie w poradniach ginekologiczno-położniczych i dermatologicznych. Natomiast wzrost odnotowano w poradniach chirurgicznych.
8. Liczba lekarzy specjalistów zatrudnionych w poradniach specjalistycznych jest najwyższa od 1999 r.
9. Stale poprawia się rozmieszczenie wysokospecjalistycznej aparatury medycznej oraz jej stan techniczny i dostosowanie do wymogów dotyczących nowoczesnych metod diagnostycznych. Zwiększyła się liczba pracowni wyposażonych w nowszą i doskonalszą aparaturę medyczną.

STACJONARNA OPIEKA ZDROWOTNA – SOZ

Ocenę stanu rozwoju stacjonarnej opieki zdrowotnej według założeń „Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego” z 2001 r. przeprowadzono w oparciu o dostępne dane statystyczne oraz bezpośrednie informacje podmiotów leczniczych pozyskane w kwestionariuszach ankiety do monitoringu Strategii.

W niniejszym, szóstym sprawozdaniu z realizacji Strategii poddano analizie wskaźniki działalności i zasoby opieki stacjonarnej w 2012 roku w porównaniu do 2002 i 2010 roku.

W opisie stacjonarnej opieki zdrowotnej uwzględniono szpitale ogólne, zakłady opieki psychiatrycznej, zakłady opieki długoterminowej oraz uzdrowiska. Opisano zasoby łóżkowe, ich rozmieszczenie i strukturę, rozwój opieki dziennej i domowej, sytuacje w ustalaniu minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, ocenę stanu sanitarnego szpitali, wykazano posiadane akredytacje i certyfikaty ISO, sytuację dotyczącą oczekiwania na świadczenia zdrowotne, a także scharakteryzowano lecnicstwo uzdrowiskowe.

W latach 2011-2012 zaobserwowano stabilizację w zakresie restrukturyzacji, reorganizacji i dostosowania podmiotów leczniczych do potrzeb społecznych i uwarunkowań prawnych.

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. jedn. Dz. U. 2013 poz. 217) wprowadziła nowe zasady wykonywania działalności leczniczej i określiła nowe definicje szpitala, świadczenia szpitalnego oraz innych świadczeń stacjonarnych i całodobowych.

Stan realizacji priorytetów rozwoju stacjonarnej opieki zdrowotnej

Priorytety rozwoju lecznictwa szpitalnego przyjęte w 2001 roku w „Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego” znajdują się aktualnie w różnym stanie realizacji. Część z nich została zmodyfikowana lub okazała się niespójna z aktualnymi trendami i kierunkami rozwoju ochrony zdrowia.

Priorytety zrealizowane:

- Skrócenie i utrzymywanie krótszego czasu pobytu chorych w szpitalu.
- Zaplanowanie sieci szpitali włączonych do systemu szpitalnych oddziałów ratownictwa medycznego.
- Włączenie w system opieki zdrowotnej szpitali resortowych.
- Uwzględnianie szpitali klinicznych przy planowaniu zabezpieczenia w zakresie świadczeń wysokospecjalistycznych.

Priorytety w trakcie realizacji:

- Przekształcenie części łóżek opieki krótkoterminowej na łóżka opieki długoterminowej, z uwzględnieniem potrzeb i wskaźników kierunkowych.

- Wprowadzenie pojęcia szpitali subregionalnych oraz wyrównanie dostępności do stacjonarnej opieki i diagnostyki wysokospecjalistycznej.
- Przekształcanie szpitali w spółki prawa handlowego.
- Poprawa stopnia wykorzystania łóżek szpitalnych do 85%.
- Dostosowanie bazy szpitalnej do wymagań sanitarnych i technicznych.
- Ustalenie minimalnych standardów wyposażenia szpitali na poszczególnych szczeblach referencyjnych.

Priorytety wymagające weryfikacji, anulacji lub modyfikacji:

- Zlokalizowanie w każdym powiecie jednego szpitala z co najmniej czterema podstawowymi oddziałami oraz łózkami intensywnej terapii medycznej i anestezjologii.
- Zapewnienie dostępności do opieki stacjonarnej w oddziałach chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, ginekologiczno-położniczych, dziecięcych oraz długiego pobytu w promieniu około 30 km od miejsca zamieszkania pacjenta.
- Zapewnienie dostępności do diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej oraz oddziałów chirurgii dziennej w promieniu około 25 km od miejsca zamieszkania.
- Realizacja opieki medycznej dla populacji 30-40 tys. w Centrach Zdrowia (chirurgia dzienna, obserwacja, diagnostyka laboratoryjna z dostępnością do bakteriologii, RTG, USG, rehabilitacji, położnictwa-porody fizjologiczne oraz szerokiego zakresu specjalistyki ambulatoryjnej. Jeśli pozwolą na to warunki lokalowe to również oddziały opieki przewlekłej, rehabilitacyjne psychiatryczne oraz dla osób uzależnionych.

Stan zasobów stacjonarnej opieki zdrowotnej

W 2012 r. na terenie województwa działało **40 szpitali ogólnych** (w tym 3 szpitale MSW) **13 zakładów opieki długoterminowej** i **10 zakładów opieki psychiatrycznej** (oprócz oddziałów psychiatrycznych funkcjonujących w szpitalach ogólnych).

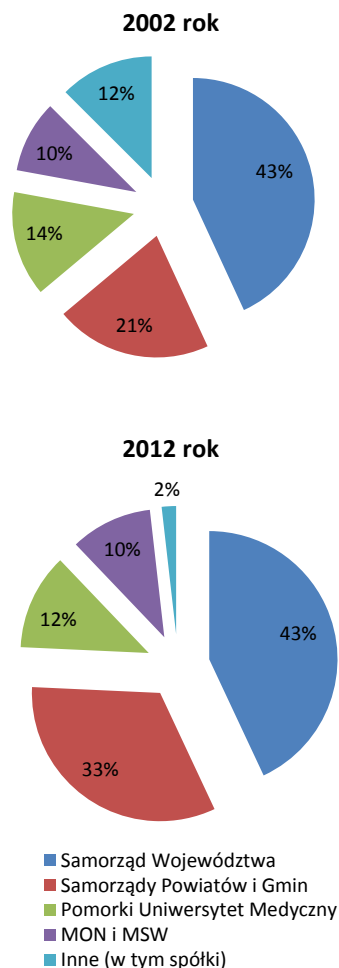
We wszystkich jednostkach stacjonarnej opieki zdrowotnej, łącznie z opieką psychiatryczną, rehabilitacyjną i długoterminową oraz szpitalami MSW funkcjonowało **9 662 łóżek** (wskaźnik 56,1 łóżek/10 tys. ludności), tj. mniej o 74 w porównaniu do roku 2002 i o 220 mniej w porównaniu do roku 2010 r.

Od 2011 r. informacje statystyczne o działalności szpitali MON są już zamieszczane w Informatorze Statystycznym Ochrony Zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego. Szpitale MSW nadal nie są wykazywane w statystyce wojewódzkiej, co często utrudnia pełną analizę stopnia zabezpieczenia opieki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim.

Struktura własnościowa podmiotów leczniczych prowadzących działalność leczniczą w zakresie świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych na terenie województwa zachodniopomorskiego była zróżnicowana. Podmiotami tworzącymi były: samorząd województwa, samorządy powiatów, jedna gmina, Pomorski Uniwersytet Medyczny,

Ministerstwo Obrony Narodowej, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych oraz inne podmioty (spółki, stowarzyszenia, związki kościelne). W ostatniej dekadzie następowały zmiany związane z łączeniem szpitali oraz przekształcaniem części szpitali powiatowych w spółki.

Wyk.16. Zasoby łóżkowe w opiece stacjonarnej w 2002 i 2012 r. (w %) - wg podmiotów tworzących



Źródło: Opracowanie Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego na podstawie ankietyzacji i Informatorów Statystycznych Ochrony Zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego

Od 2002 r. zwiększyły się (z 2% do 12%), zasoby szpitalne należące do innych podmiotów (spółki, stowarzyszenia, organizacje kościelne), zwanych wcześniej niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej, a zmniejszyły się (z 33% do 21%) zasoby szpitali, dla których organem tworzącym są samorzady powiatów i gmin.

Tab.13. Liczba łóżek w stacjonarnej opiece zdrowotnej* – wg podmiotów tworzących

Podmioty tworzące	2002	2010	2012
Samorząd Województwa	4 189	4 060	4 166
Samorządy Powiatów i Gminy	3 184	2 451	2 008
Pomorski Uniwersytet Medyczny	1 182	1 269	1 351
Ministerstwa MON i MSW	1 005	915	927
Inne podmioty (w tym spółki)	176	1 187	1 210
Ogółem	9 736	9 882	9 662

*łącznie z opieką długoterminową i psychiatryczną

Źródło: Opracowanie Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego
na podstawie ankietyzacji i Informatorów Statystycznych Ochrony Zdrowia
Województwa Zachodniopomorskiego

W 2012 r. w jednostkach stacjonarnej i całodobowej opieki, zarządzanych przez podmioty inne (spółki, stowarzyszenia, organizacje kościelne) było łącznie 1 210 łóżek (12%), gdzie w 2002 r. było ich tylko 176.

W 2012 r. Samorząd Województwa Zachodniopomorskiego był podmiotem tworzącym dla 10 zakładów stacjonarnej opieki zdrowotnej, które posiadały 4 166 łóżek (43%): 8 szpitali ogólnych wielospecjalistycznych, 1 Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia od Alkoholu, 1 Zakład Opiekuńczo-Lecznicy. Nie zaliczono tu Szpitala Uzdrowiskowego, którego działalność została uwzględniona w części dotyczącej lecznictwa uzdrowiskowego.

Samorządy powiatów (7) i 1 samorząd gminny (Szpital w Nowogardzie) były organem tworzącym dla 8 szpitali ogólnych, a razem z opieką długoterminową i psychiatryczną posiadały 2032 łóżek (21%).

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie posiadał niezmiennie 2 szpitale kliniczne, które w 2012 r. dysponowały 1 351 łózkami (14%), razem z częścią zlokalizowaną w szpitalu w Policach. W szpitalach resortowych Ministerstwa Obrony Narodowej i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych było 927 łóżek (10%).

Struktura łóżek w opiece stacjonarnej

Na przestrzeni ostatniej dekady w strukturze łóżek zachodziły systematyczne zmiany, ale nie miały one charakteru dynamicznego. Zgodnie z kierunkami „Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego” następowało okresowe, nieznaczne zmniejszenie liczby łóżek w opiece krótkoterminowej oraz zwiększenie liczby łóżek w opiece całodobowej dla pacjentów wymagających długotrwałego leczenia, tj. rehabilitacji leczniczej, opieki długoterminowej i opieki psychiatrycznej.

Struktura łóżek w opiece stacjonarnej w 2012 r. przedstawiała się następująco:

- Opieka krótkoterminowa – 7 194 łóżek, wskaźnik 41,8/10 tys. ludności
- Opieka długoterminowa – 537 łóżek, wskaźnik 3,1/10 tys. ludności
- Rehabilitacja lecznicza – 666 łóżek, wskaźnik 3,9/10 tys. ludności
- Opieka psychiatryczna – 1 265 łóżka, wskaźnik 7,4/10 tys. ludności

Zmiany jakie zaszły w strukturze łóżek w poprzednich latach przedstawia poniższa tabela.

Tab.14. Struktura liczbowa łóżek w stacjonarnej opiece zdrowotnej w 2002, 2010 i 2012 r. – wg rodzaju

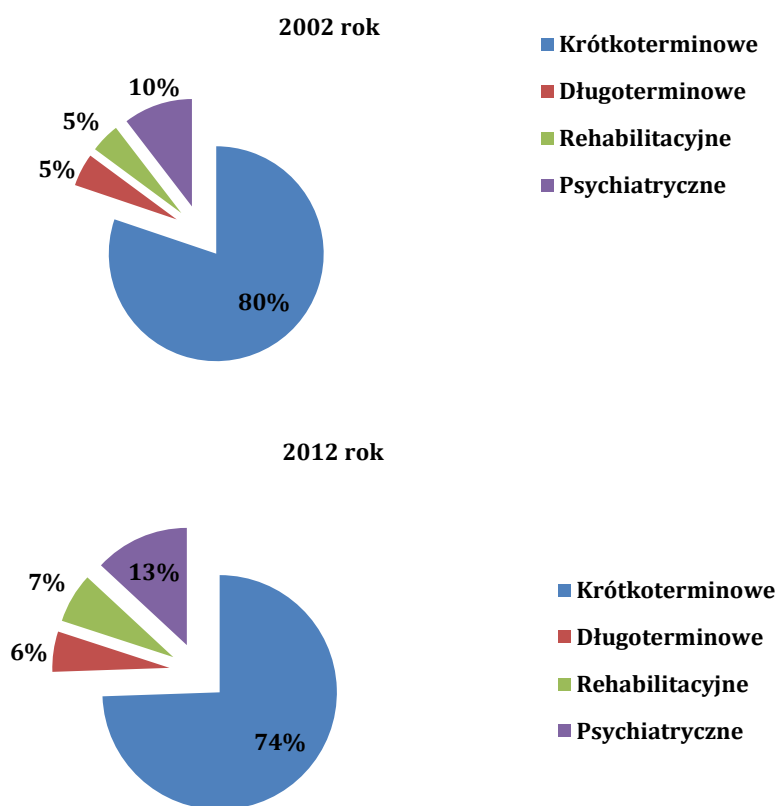
Rodzaj łóżek	2002		2010		2012	
	liczba	wskaźnik/10 tys. ludności	liczba	wskaźnik/10 tys. ludności	liczba	wskaźnik/10 tys. ludności
Krótkoterminowe	7 807	47,1	7 331	43,3	7 194	41,8
Długoterminowe	481	2,8	707	4,2	537	3,1
Rehabilitacyjne	433	2,0	591	3,5	666	3,9
Psychiatryczne	1015	5,2	1 253	7,4	1 265	7,4
Razem	9 736	57,1	9 882	58,4	9 662	56,1

Źródło: Opracowanie Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego na podstawie ankietyzacji i Informatorów Statystycznych Ochrony Zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego

W okresie od 2002 r. do 2012 r. liczba łóżek opieki krótkoterminowej zmniejszyła się o 613. Do osiągnięcia wyznaczonego celu w „Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego”, należałoby jeszcze zmniejszyć liczbę łóżek w opiece krótkoterminowej o kolejne około 1 128 łóżek.

Pozytywnym zjawiskiem jest systematyczny wzrost liczby łóżek w rehabilitacji leczniczej i opiece psychiatrycznej. Następują jednak wahania, np. w opiece długoterminowej, po wyraźnym wzroście liczby łóżek do 2010 r., odnotowano w 2012 r. ich spadek o 170 w stosunku do 2010 r., co może być kwestią zmienionej metodologii zbierania danych statystycznych.

Wyk.17. Procentowa struktura łóżek w województwie zachodniopomorskim w latach 2002 i 2012



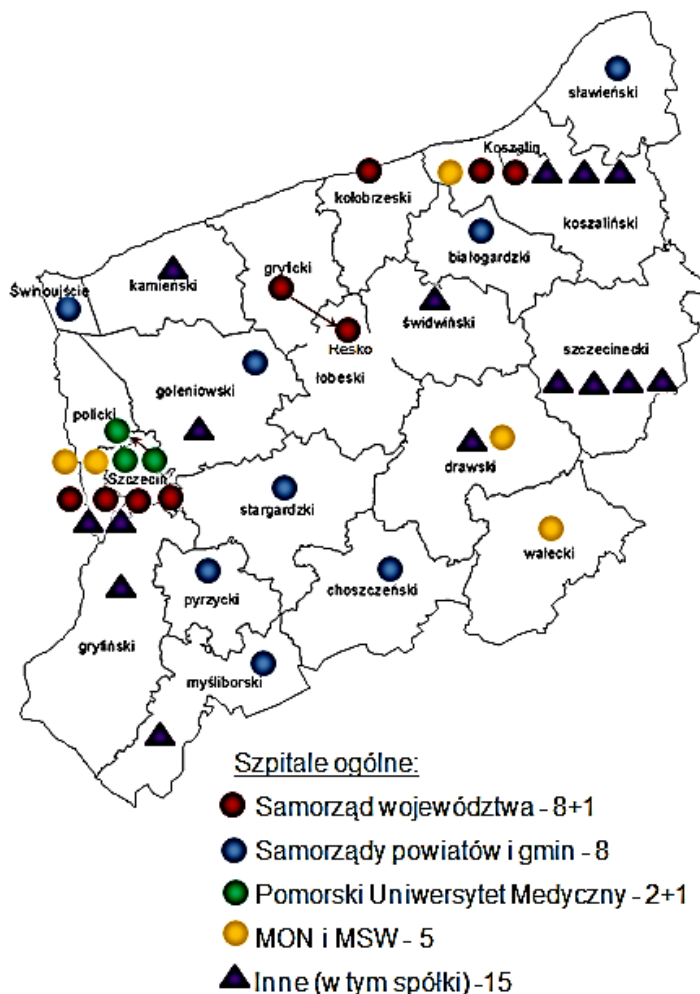
Źródło: Oprac. Wydział Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego na podstawie ankietyzacji i Informatorów Statystycznych Ochrony Zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego

Od 2002 r. do 2012 r. odnotowano zmniejszenie odsetka łóżek krótkoterminowych z 80 do 74%, a zwiększenie odsetka łóżek opieki długoterminowej z 5 do 6%, rehabilitacyjnych z 5 do 7% oraz psychiatrycznych z 10 do 13%.

Działalność szpitali ogólnych

W 2012 r. w województwie zachodniopomorskim w **40 szpitalach ogólnych** było **8 548 łóżek**, (w tym 284 w szpitalach MSW), wskaźnik 49,7/10 tys. mieszkańców. Należy przy tym zaznaczyć, że w strukturze szpitali ogólnych znajduje się część łóżek opieki długoterminowej i psychiatrycznej.

Mapa nr 3. Rozmieszczenie szpitali ogólnych w 2012 r. – wg podmiotów tworzących



Źródło: Opracowanie Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego
na podstawie Informatorów Statystycznych Ochrony Zdrowia
Województwa Zachodniopomorskiego oraz informacji własnych

Zamieszczona poniżej analiza porównawcza wskaźników działalności szpitali ogólnych, nie uwzględnia szpitali MSW, których dane nie są dostępne w statystyce ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego.

W 2012 r. w województwie zachodniopomorskim funkcjonowało **37 szpitali ogólnych** (bez szpitali MSW), które posiadały łącznie **8 264 łóżek**, wskaźnik 48,0 łóżek/10 tys. mieszkańców, co równa się średniej krajowej.

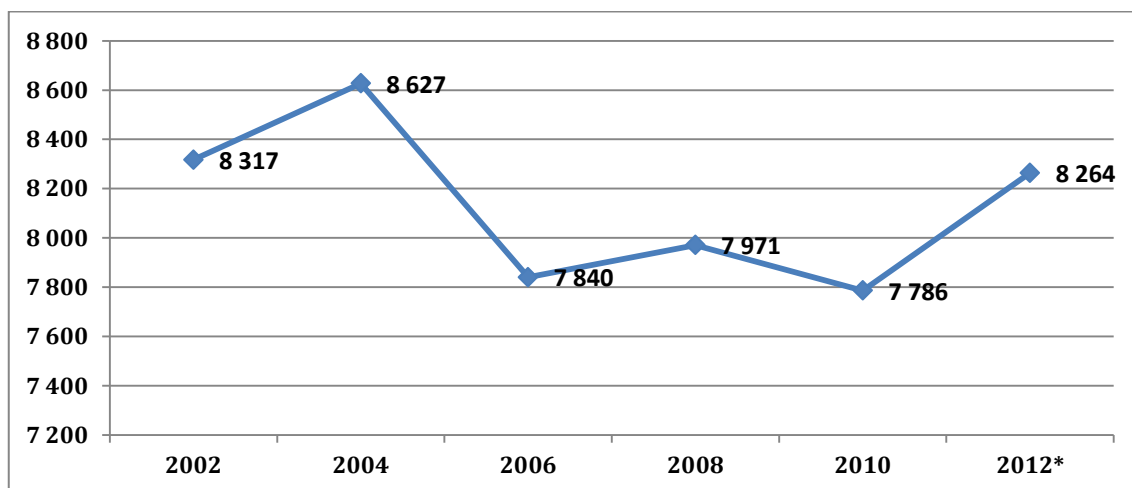
Niektóre szpitale ogólne posiadają w swojej strukturze również łóżka psychiatryczne i terapii uzależnień oraz łóżka dla przewlekle chorych, co w danych statystycznych dotyczących szpitali ogólnych nie zawsze jest wyraźnie wyodrębniane.

W 2012 r. odnotowano następujące zmiany w działalności szpitali ogólnych w porównaniu do 2002 r.:

- zmniejszenie liczby łóżek o 53,
- wzrost liczby leczonych o 2 718,
- wzrost liczby leczonych na jedno łóżko (z 38,6 do 41,2),
- obniżenie średniego wskaźnika wykorzystania łóżek (z 79,1% do 63,6%),
- skrócenie przeciętnego czasu pobytu chorego w szpitalu (z 7,5 do 5,6 dni).

Liczba łóżek w szpitalach ogólnych w 2004 r. zwiększyła się znacznie, po czym w latach 2006-2010 uległa ponownie zmniejszeniu. W rezultacie w 2012 r. osiągnęła wartość niższą tylko o 53 w porównaniu do 2002 r.

Wyk.18. Liczba łóżek w szpitalach ogólnych województwa zachodniopomorskiego w latach 2002-2012

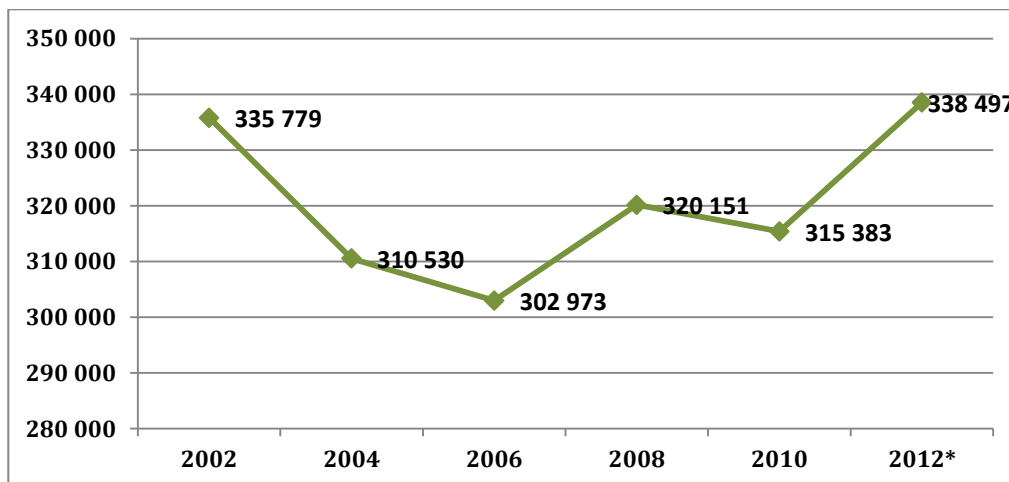


*razem ze szpitalami MON od 2011 r.

Źródło: Opracowanie Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego
na podstawie Informatorów Statystycznych Ochrony Zdrowia
Województwa Zachodniopomorskiego

Od 2002 r. liczba leczonych w szpitalach ogólnych zmniejszyła się znacząco w latach 2004-2006, po czym w latach 2008-2010 szpitale ponownie przyjmowały więcej pacjentów, a w 2012 r. osiągnęły liczbę leczonych najwyższą w minionej dekadzie.

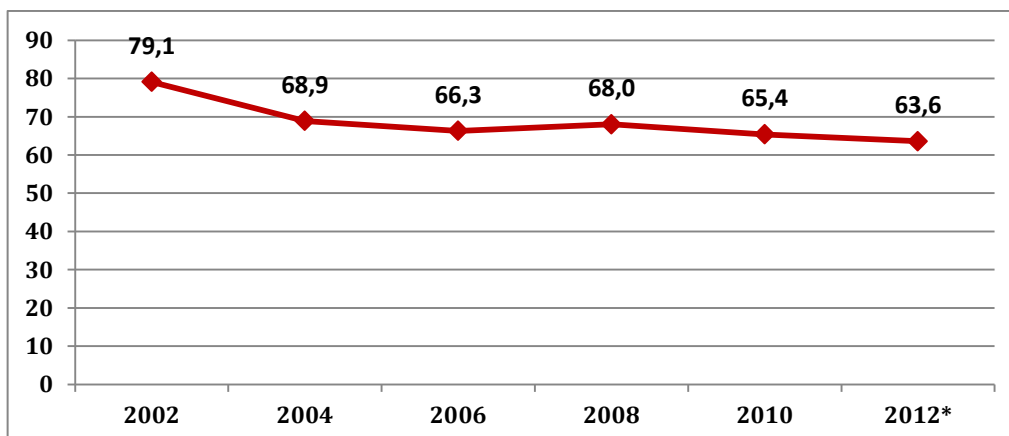
Wyk.19. Liczba leczonych w szpitalach ogólnych województwa zachodniopomorskiego w latach 2002-2012



Źródło: Źródło: Opracowanie Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego na podstawie Informatorów Statystycznych Ochrony Zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego

Od 2002 r. średnie wykorzystanie łóżek w oddziałach szpitali ogólnych wynosiło 79,1% i od tego czasu uległo wyraźnemu pogorszeniu. W 2012 r. wskaźnik wykorzystania łóżek wynosił 63,3% i był dość daleki od wskaźnika docelowego (85%), określonego w „Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego” w 2001 r.

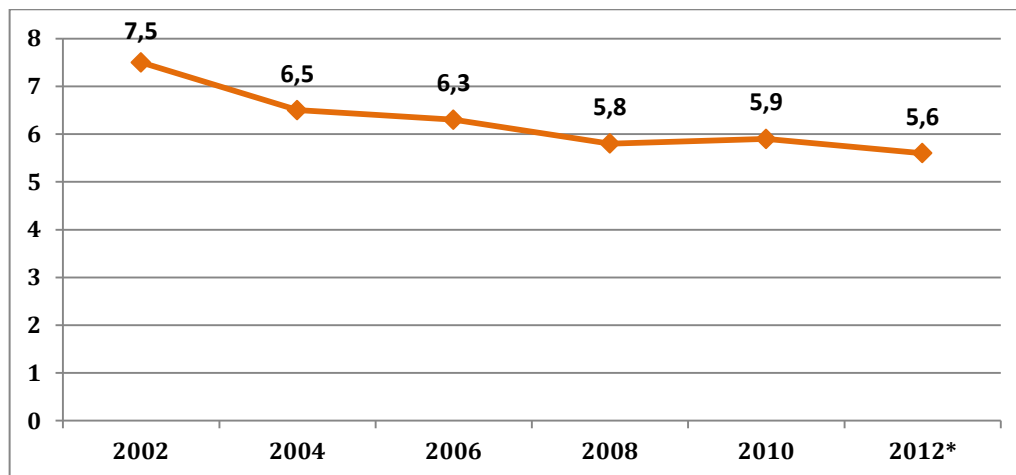
Wyk.20. Średnie wykorzystanie łóżek w szpitalach ogólnych w latach 2002-2012



Źródło: Źródło: Opracowanie Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego na podstawie Informatorów Statystycznych Ochrony Zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego

Pomimo zwiększonej liczby leczonych w szpitalach i skróceniu czasu hospitalizacji, stopień wykorzystania łóżek szpitalnych był zbyt niski.

Wyk.21. Przeciętny pobyt w szpitalach ogólnych województwa zachodniopomorskiego w latach 2002-2012 (w dniach)



Źródło: Źródło: Opracowanie Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego na podstawie Informatorów Statystycznych Ochrony Zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego

Przeciętny czas leczenia w szpitalach ogólnych od 2002 r. został skrócony z 7,5 dni do 5,6 dni w 2012 r. Optymalny czas leczenia w szpitalu powinien być możliwie najkrótszy i uzależniony od rodzaju schorzenia i indywidualnego przebiegu leczenia.

Wskaźniki działalności oddziałów w szpitalach ogólnych

Liczba łóżek w oddziałach w szpitalach ogólnych w większości oddziałów, a w szczególności oddziałów wysokospecjalistycznych zmieniała się w ostatniej dekadzie w wyniku różnych czynników, m.in. prowadzonych reorganizacji, przekształceń oraz zmian w metodologii gromadzenia danych statystycznych, a także zależała od efektywności pozyskiwania sprawozdań statystycznych przez Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki (do 2011 r.) i Urząd Statystyczny w Szczecinie (od 2012 r.).

W 2012 r. w oddziałach stacjonarnych i całodobowych szpitali ogólnych było łącznie **8 264 łóżek**. Zmiany ilościowe nastąpiły w niektórych oddziałach, szczególnie wskazanych do redukcji w „Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego” w 2001 r. Były to m.in. oddziały pediatryczne, ginekologiczno-położnicze, chirurgiczne, chorób wewnętrznych, dermatologiczne.

W 2012 r. najwięcej łóżek posiadały oddziały: chorób wewnętrznych (1 045), psychiatryczne (608), ginekologiczno-położnicze (843), chirurgiczne (819), rehabilitacyjne (566), pediatryczne (526) i neonatologiczne (496) oraz urazowo-ortopedyczne (429). Niekorzystnym zjawiskiem było długotrwałe zmniejszenie liczby łóżek w oddziale geriatrycznym z 38 w 2002 r. do stanu 6 łóżek w 2012 r.

Tab.15. Liczba łóżek szpitali ogólnych w 2002, 2010 i 2012 r. - wg oddziałów

Oddziały	2002	2010	2012
Chorób wewnętrznych	1 331	1 027	1 045
Diabetologiczne	58	96	76
Endokrynologiczne	82	21	62
Gastroenterologiczne	107	85	73
Geriatryczne	38	6	6
Hematologiczne	32	32	52
Kardiologiczne	256	257	279
Nefrologiczne	42	133	113
Dermatologiczne	112	78	90
Neurologiczne	212	174	237
Onkologiczne	109	233	286
Anestezjologii i intensywnej terapii	120	133	172
Gruźlicy i chorób płuc	380	250	250
Reumatologiczne	111	143	118
Rehabilitacyjne	343	546	566
Chorób zakaźnych	206	141	166
Pediatryczne*	613	527	526
Neonatologiczne	x	455	496
Ginekologiczno-położnicze	992	794	843
Chirurgiczne	1 004	804	819
Chirurgii klatki piersiowej	60	60	60
Chirurgii naczyniowej	82	35	41
Chirurgii onkologicznej	56	113	110
Chirurgii plastycznej	x	5	15
Oparzeń	11	17	29
Kardiochirurgiczne	32	34	34
Neurochirurgiczne	41	98	75
Urazowo-ortopedyczne	328	356	429
Okulistyczne	218	166	184
Otolaryngologiczne	186	156	181
Chirurgii szczękowo-twarzowej	27	20	20
Urologiczne	140	118	133
Transplantologiczne	68	44	44
Psychiatryczne	423	513	525
Psycho-somatyczne	97	29	29
Leczenia uzależnień	74	76	54

*w 2002 r. razem z oddziałem niemowlęcym
x – brak danych

Źródło: Opracowanie Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego
na podstawie Informatorów Statystycznych Ochrony Zdrowia
Województwa Zachodniopomorskiego

W latach 2002 – 2012 do znacznego zwiększenia liczby łóżek doszło m.in. w oddziałach:

- Rehabilitacyjnych - o 223 łóżka
- Onkologicznych - o 177 łóżek
- Urazowo-ortopedycznych - o 101 łóżek

– Nefrologicznych

- o 71 łóżek

Tab.16. Liczba łóżek w oddziałach w latach 2002, 2010 i 2012 r. - wskaźnik na 10 tys. mieszkańców

Oddziały	2002	2010	2012
Chorób wewnętrznych	7,6	6,3	6,1
Diabetologiczne	0,3	0,6	0,4
Endokrynologiczne	0,5	0,4	0,4
Gastroenterologiczne	0,6	0,5	0,4
Geriatryczne	0,2	0,04	0,04
Hematologiczne	0,2	0,3	0,3
Kardiologiczne	1,5	1,8	1,6
Nefrologiczne	0,2	0,7	0,7
Dermatologiczne	0,6	0,5	0,5
Neurologiczne	102	1,1	1,4
Onkologiczne	0,6	1,6	1,7
Anestezjologii i intensywnej terapii	0,7	0,9	1,0
Gruźlicy i chorób płuc	2,2	1,5	1,5
Reumatologiczne	0,6	0,8	0,7
Rehabilitacyjne	2,0	3,2	3,3
Chorób zakaźnych	1,2	1,0	1,0
Pediatriczne*	3,5	3,5	3,1
Neonatologiczne	x	2,8	2,9
Ginekologiczno-położnicze	5,7	4,7	4,9
Chirurgiczne	5,8	5,1	4,8
Chirurgii klatki piersiowej	0,3	0,4	0,3
Chirurgii naczyniowej	0,5	0,2	0,2
Chirurgii onkologicznej	0,3	0,6	0,6
Chirurgii plastycznej	x	0,1	0,1
Oparzeń	0,1	0,1	0,2
Kardiochirurgiczne	0,2	0,2	0,2
Neurochirurgiczne	0,2	0,6	0,4
Urazowo-ortopedyczne	1,9	2,5	2,5
Okulistyczne	1,3	1,1	1,1
Otolaryngologiczne	1,1	1,1	1,1
Chirurgii szczękowo-twarzowej	0,2	0,1	0,1
Urologiczne	0,8	0,8	0,8
Transplantologiczne	0,4	0,3	0,3
Psychiatryczne	2,4	3,0	3,0
Psychosomatyczne	0,6	0,2	0,2
Leczenia uzależnień	0,4	0,4	0,3

*w 2002 r. razem z oddziałem niemowlęcym
x – brak danych

Źródło: Opracowanie Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego
na podstawie Informatorów Statystycznych Ochrony Zdrowia
Województwa Zachodniopomorskiego

W 2012 r. w województwie zachodniopomorskim odnotowano znacznie mniejsze wskaźniki łóżek na 10 tys. mieszkańców w porównaniu do wskaźników krajowych, w następujących specjalnościach:

- Oddziały chorób wewnętrznych (6,1), średni krajowy (6,7)
- Oddziały geriatryczne (0,04), średni krajowy (0,2)
- Oddziały kardiologiczne (1,6), średni krajowy (2,2)
- Oddziały Neurologiczne (1,4), średni krajowy (2,0)
- Oddziały Gruźlicy i chorób płuc (1,5), średni krajowy (2,1)
- Oddziały chorób zakaźnych (1,0), średni krajowy (1,0)

Liczba leczonych w poszczególnych **oddziałach szpitali ogólnych** zmieniała się na przestrzeni ostatnich lat. Do zwiększenia liczby leczonych doszło w oddziałach: diabetologicznych, endokrynologicznych, hematologicznych, nefrologicznych, kardiologicznych, onkologicznych, chirurgii onkologicznej, urazowo-ortopedycznych i psychiatrycznych.

Mniej pacjentów było leczonych w oddziałach: chorób wewnętrznych, gruźlicy i chorób płuc, chirurgii ogólnej, chirurgii naczyniowej, kardiochirurgii i transplantologii.

Tab.17. Liczba leczonych w oddziałach szpitali ogólnych w 2002, 2010 i 2012 r.

Oddziały	2002	2010	2012
Chorób wewnętrznych	57 681	41 559	43 023
Diabetologiczne	1 595	4 059	4 353
Endokrynologiczne	2 227	1 386	3 059
Gastroenterologiczne	3 876	4 111	3 804
Geriatryczne	427	221	220
Hematologiczne	877	1 039	1 883
Kardiologiczne	12 610	16 236	17 981
Nefrologiczne	1 680	6 574	6 267
Dermatologiczne	2 880	2 491	2 601
Neurologiczne	7 252	5 351	6 551
Onkologiczne	7 968	12 517	12 188
Anestezjologii i intensywnej terapii	4 284	3 039	3 607
Gruźlicy i chrób płuc	9 339	5 839	5 594
Reumatologiczne	2 573	3 320	3 112
Rehabilitacyjne	6 802	7 854	7 767
Chorób zakaźnych	4 946	4 076	3 925
Pediatryczne*	26 178	27 815	25 291
Neonatologiczne	x	15 457	16 529
Ginekologiczno-położnicze	48 079	49 692	50 305
Chirurgiczne	56 947	38 812	40 242
Chirurgii klatki piersiowej	1 299	1 389	1 575
Chirurgii naczyniowej	3 991	1 756	2 097

Chirurgii onkologicznej	3 075	7 370	7 369
Chirurgii plastycznej	x	591	893
Oparzeń	463	844	823
Kardiochirurgiczne	3 448	1 198	1 262
Neurochirurgiczne	1 575	3 958	2 731
Urazowo-ortopedyczne	13 499	16 194	18 792
Okulistyczne	10 511	10 832	12 068
Otolaryngologiczne	11 020	9 261	10 211
Chirurgii szczękowo-twarzowej	963	895	716
Urologiczne	9 557	9 917	11 812
Transplantologiczne	2 691	1 778	1 720
Psychiatryczne	5 509	6 719	7 088
Psychosomatyczne	908	354	426
Leczenia uzależnień	1 556	1 517	1 033

*w 2002 r. razem z oddziałem niemowlęcym
x – brak danych

Źródło: Opracowanie Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego
na podstawie Informatorów Statystycznych Ochrony Zdrowia
Województwa Zachodniopomorskiego

Średnie wykorzystanie łóżek w oddziałach szpitali ogólnych uległo pogorszeniu z 79,1% w 2002 r. do 63,6% w 2012 r. Prawie we wszystkich oddziałach obniżyło się średnie wykorzystanie łóżek. Poprawę tego wskaźnika odnotowano tylko w oddziale geriatrycznym i oddziałach rehabilitacyjnych.

Tab.18. Średnie wykorzystanie łóżek w oddziałach szpitali ogólnych w 2002, 2010 i 2012

Oddziały	2002	2010	2012
Chorób wewnętrznych	85,5	67,7	67,9
Diabetologiczne	81,7	70,8	74,4
Endokrynologiczne	87,7	68,7	64,9
Gastroenterologiczne	89,5	81,2	80,9
Geriatryczne	87,1	97,5	100,9
Hematologiczne	93,5	92,3	94,4
Kardiologiczne	83,5	71,6	67,7
Nefrologiczne	79,1	71,0	69,3
Dermatologiczne	72,1	50,6	46,7
Neurologiczne	81,3	78,8	70,9
Onkologiczne	149,7	86,2	64,6
Anestezjologii i intensywnej terapii	57,7	64,1	61,4
Gruźlicy i chorób płuc	71,7	77,0	74,0
Reumatologiczne	84,0	74,4	75,2
Rehabilitacyjne	78,6	92,6	91,2
Chorób zakaźnych	60,3	59,2	51,1

Pediatryczne	70,8	48,4	47,4
Neonatologiczne*	x	36,7	39,2
Ginekologiczno-położnicze	63,6	54,6	50,5
Chirurgiczne	75,5	51,6	52,7
Chirurgii klatki piersiowej	82,4	68,0	51,0
Chirurgii naczyniowej	73,5	75,0	72,1
Chirurgii onkologicznej	82,6	59,5	63,9
Chirurgii plastycznej	x	37,0	39,8
Oparzeń	105,6	104,7	68,0
Kardiochirurgiczne	72,6	69,6	72,9
Neurochirurgiczne	75,0	71,2	69,0
Urazowo-ortopedyczne	75,3	65,6	58,4
Okulistyczne	66,1	47,8	42,6
Otolaryngologiczne	81,8	57,3	53,4
Chirurgii szczękowo-twarzowej	68,4	47,8	32,0
Urologiczne	76,2	56,1	59,0
Transplantologiczne	67,0	42,9	43,3
Psychiatryczne	110,5	99,3	99,0
Psychosomatyczne	100,3	71,5	90,9
Leczenia uzależnień	97,2	96,6	98,7

*w 2002 r. razem z oddziałem niemowlęcym
x – brak danych

Źródło: Opracowanie Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego
na podstawie Informatorów Statystycznych Ochrony Zdrowia
Województwa Zachodniopomorskiego

Najwyższe średnie wskaźniki wykorzystania łóżek były w oddziałach: geriatrycznym (100,9%), psychiatrycznych (99%), hematologicznych (94,4%), rehabilitacyjnych (91,2%) gastroenterologicznych (80,9%).

Przeciętny czas pobytu chorego w szpitalu został skrócony, w 2012 r. wynosił 5,6 dni i był dużo krótszy niż w 2002 r. (7,5 dni).

Tab.19. Średni czas pobytu chorego w oddziałach szpitali ogólnych w 2002, 2010 i 2012r.

Oddziały	2002	2010	2012
Chorób wewnętrznych	7,1	6,1	6,0
Diabetologiczne	10,9	6,1	5,6
Endokrynologiczne	11,5	3,8	5,3
Gastroenterologiczne	9,0	6,1	5,7
Geriatryczne	23,8	9,7	10,0
Hematologiczne	11,3	10,4	9,5
Kardiologiczne	6,2	4,2	3,9

Nefrologiczne	7,2	5,2	4,6
Dermatologiczne	11,5	5,9	5,9
Neurologiczne	8,7	9,3	9,1
Onkologiczne	7,7	5,8	5,2
Anestezjologii i intensywnej terapii	5,9	10,2	10,2
Gruźlicy i chorób płuc	10,7	12,0	10,1
Reumatologiczne	12,6	11,2	10,3
Rehabilitacyjne	14,5	23,5	24,3
Chorób zakaźnych	9,1	7,3	7,9
Pediatriczne*	6,1	3,7	3,6
Neonatologiczne	x	3,9	4,3
Ginekologiczno-położnicze	4,8	3,2	3,1
Chirurgiczne	4,9	4,0	3,9
Chirurgii klatki piersiowej	13,9	10,7	7,1
Chirurgii naczyniowej	5,5	5,5	5,1
Chirurgii onkologicznej	5,5	3,3	3,5
Chirurgii plastycznej	x	1,1	2,4
Oparzeń	8,3	7,7	8,7
Kardiochirurgiczne	2,8	7,2	7,2
Neurochirurgiczne	8,0	6,6	7,0
Urazowo-ortopedyczne	6,7	5,3	4,9
Okulistyczne	5,1	2,7	2,4
Otolaryngologiczne	5,0	3,5	3,5
Chirurgii szczękowo-twarzowej	7,0	3,9	3,3
Urologiczne	4,1	2,4	2,4
Transplantologiczne	6,2	3,9	4,0
Psychiatryczne	31,0	27,7	22,6
Psycho somatyczne	39,1	21,4	22,7
Leczenia uzależnień	16,9	17,7	22,7

x – brak danych

Źródło: Opracowanie Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego
na podstawie Informatorów Statystycznych Ochrony Zdrowia
Województwa Zachodniopomorskiego

W 2012 r. pacjenci najdłużej przebywali w oddziałach: rehabilitacyjnych (24,3 dni), psychiatrycznych (22,6 dni), reumatologii (10,3 dni), anestezjologii i intensywnej terapii (10,2 dni), gruźlicy i chorób płuc (10,1 dni) i geriatrici (10 dni).

Najkrótsze pobyty pacjentów odnotowano w oddziałach: urologicznych i okulistycznych (2,4 dni) i ginekologiczno-położniczych (3,1 dni).

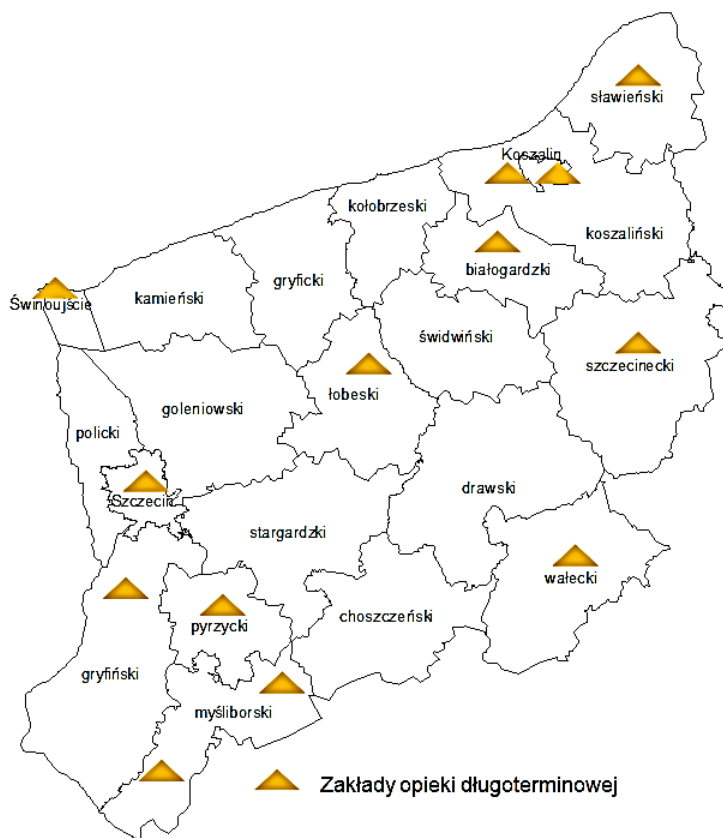
Opieka długoterminowa

W niniejszej analizie 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 w następującej wysokości: 7,3 łóżek opieki długoterminowej i 0,5 łóżka w opiece hospicyjnej na 10 tys. mieszkańców, co dawało łączny wskaźnik 7,8 łóżek na 10 tys. mieszkańców.

W 2010 r. opracowano aktualizację części „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 z 0,5 na 0,7 łóżka/10 tys. ludności 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.

Mapa nr 4. Rozmieszczenie zakładów opieki długoterminowej w 2012 r.



Źródło: Opracowanie Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego na podstawie Informatorów Statystycznych Ochrony Zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego

W 2012 r. w województwie zachodniopomorskim działało **13 zakładów opieki długoterminowej** (17 w 2011 r.) posiadających łącznie **537 łóżek** (3,1/10 tys. mieszkańców), tj. o 71 łóżek więcej w stosunku do 2002 r. i o 170 mniej w porównaniu do 2010 r.

(Uwaga: spadek liczby łóżek o 170 w stosunku do 2010 r., może być m.in. związany ze zmianą metodologii gromadzenia danych statystycznych. W statystyce za 2012 r. m.in. nie uwzględniono 140 łóżek opiekuńczych funkcjonujących w SP SZOZ „Zdroje” w Szczecinie, prawdopodobnie w związku ze zmianą nazwy i struktury tych komórek organizacyjnych)

Tab.20. Liczba łóżek w oddziałach/zakładach opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych i hospicjach w latach 2002-2012 - według powiatów

Powiaty	2002	2004	2006	2008	2010	2012
M. Koszalin	6	8	8	33	40	47
M. Szczecin	66	43	82	129	161	25
M. Świnoujście	32	32	31	31	34	32
Białogardzki	0	0	25	30	45	45
Choszczeński	20	0	0	0	0	0
Goleniowski	30	36	36	36	36	0
Gryficki	18	0	0	0	0	0
Gryfiński	43	21	91	89	91	70
Kamieński	0	0	50	36	55	0
Kołobrzeski	12	0	0	0	0	0
Łobeski	38	29	29	40	35	70
Myśliborski	29	49	49	49	61	74
Policki	8	8	20	0	0	0
Pyrzycki	18	28	29	29	32	34
Sławieński	0	0	0	0	0	20
Szczecinecki	40	41	37	44	47	43
Wałecki	106	124	124	90	70	77
Ogółem	466	432	613	636	707	537

Źródło: Opracowanie Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego
na podstawie Informatorów Statystycznych Ochrony Zdrowia
Województwa Zachodniopomorskiego

Obecnie, według danych statystycznych, jednostek stacjonarnej opieki długoterminowej nie ma w 9 powiatach: choszczeńskim, drawskim, goleniowskim, gryfickim, kamieńskim, kołobrzeskim, polickim, stargardzkim i świdwińskim.

Rehabilitacja lecznicza

„Strategia sektorowa w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego” przyjęta przez Sejmik Województwa Zachodniopomorskiego w 2001 r., jak i „Kierunki rozwoju opieki długoterminowej i rehabilitacji leczniczej

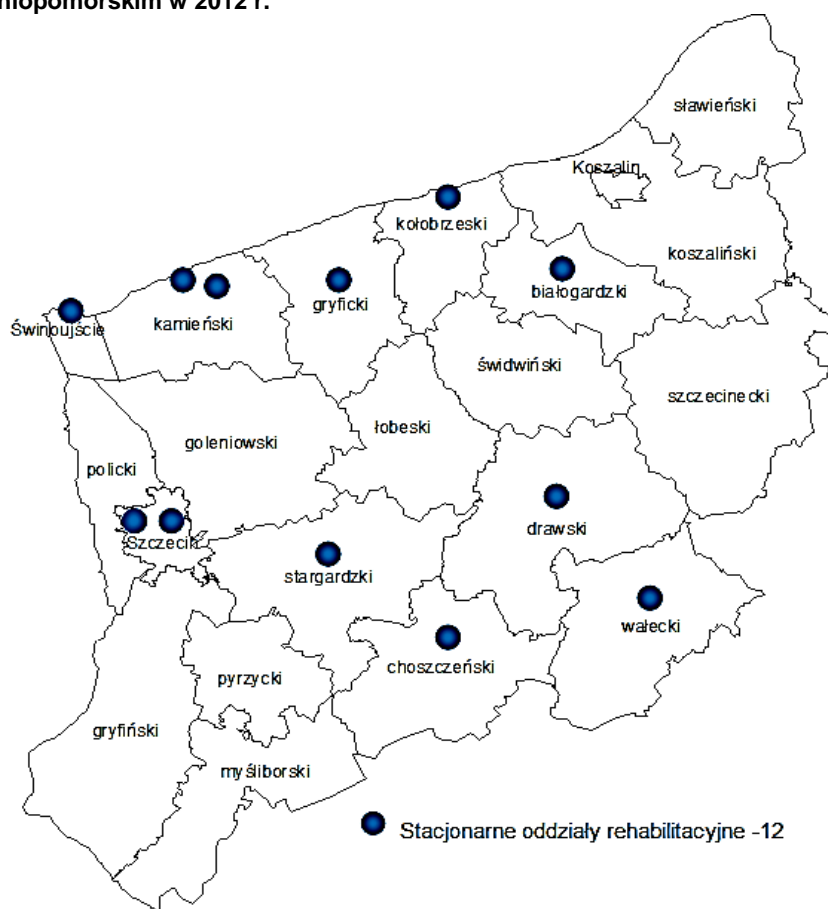
w województwie zachodniopomorskim na lata 2010-2015” określili **wskaźnik docelowy 4,2 łóżek rehabilitacyjnych/10 tys. mieszkańców** do osiągnięcia w 2015 r.

Rehabilitacja lecznicza jest realizowana w warunkach stacjonarnych i ambulatoryjnych (w poradniach/gabinetach, trybie dziennym i domowym).

Rehabilitacja lecznicza stacjonarna była realizowana w 2012 r. w 7 szpitalach ogólnych na terenie województwa zachodniopomorskiego, zlokalizowanych w: Szczecinie (2), Białogardzie, Choszcznie, Gryficach, Kołobrzegu, Stargardzie Szczecińskim. Ponadto, świadczenia kontraktowane były w Uzdrawisku Kamień Pomorski i Świnoujście, w Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSW w Złocięncu, Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy w Tucznie oraz w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Międzywodziu.

W 2012 r. w województwie zachodniopomorskim było **666 łóżek w oddziałach rehabilitacji leczniczej**, wskaźnik **3,9 na 10 tys. ludności**, więcej o 233 łóżka w porównaniu do 2002 r. Do łącznej liczby łóżek rehabilitacyjnych (666) zaliczano ok. 100 łóżek funkcjonujących w resortowych szpitalach, które nie są wykazywane w ogólnie dostępnej statystyce województwa.

Mapa nr 5. Rozmieszczenie stacjonarnych oddziałów rehabilitacyjnych w województwie zachodniopomorskim w 2012 r.



Źródło: Opracowanie własne Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego na podstawie danych statystycznych i danych ZOW NFZ

W poniższej tabeli przedstawiono wskaźniki działalności oddziałów rehabilitacyjnych na podstawie dostępnych informacji statystycznych (bez szpitali MSW i uzdrowisk).

(Uwaga: Statystyka nie wyodrębnia wskaźników działalności wszystkich innych podmiotów, w których są zakontraktowane świadczenia rehabilitacji leczniczej, np. w Uzdrowiskach)

W związku z powyższym, należy mieć na uwadze fakt, iż liczba funkcjonujących miejsc świadczenia usług rehabilitacyjnych oraz liczba leczonych objętych rehabilitacją wykazywanych w statystyce medycznej Urzędu Statystycznego jest niższa od faktycznie zrealizowanych świadczeń zakontraktowanych i finansowanych ze środków publicznych przez NFZ.

Tab.21. Ogólne wskaźniki działalności oddziałów rehabilitacyjnych

	2002	2010	2012
Liczba łóżek	343	521	566
Liczba leczonych	6 802	7 635	7 767
Średni wskaźnik wykorzystania łóżek w %	78,6	88%	91,2
Przeciętny pobyt chorego w dniach	14,5	22,4	24,3

Źródło: Opracowanie Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego
na podstawie Informatorów Statystycznych Ochrony Zdrowia
Województwa Zachodniopomorskiego

Powyższe dane wskazują, że od 2002 do 2012 roku w województwie zachodniopomorskim wraz ze zwiększeniem liczby łóżek rehabilitacyjnych, wzrosła liczba leczonych, poprawie uległy średnie wskaźniki wykorzystania łóżek i wydłużył się przeciętny czas leczenia.

Opieka psychiatryczna

Ocena stopnia dostosowania zasobów stacjonarnej opieki psychiatrycznej w odniesieniu do kierunków rozwoju określonych w Strategii sektorowej z 2001 r. została zweryfikowana w 2011 r. w związku z wdrażaniem Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, wprowadzonego w 2011 r. rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. Nr 24 poz. 128.), które m.in. określiło nowe zalecenia organizacyjne wraz ze wskaźnikami kierunkowymi dla psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

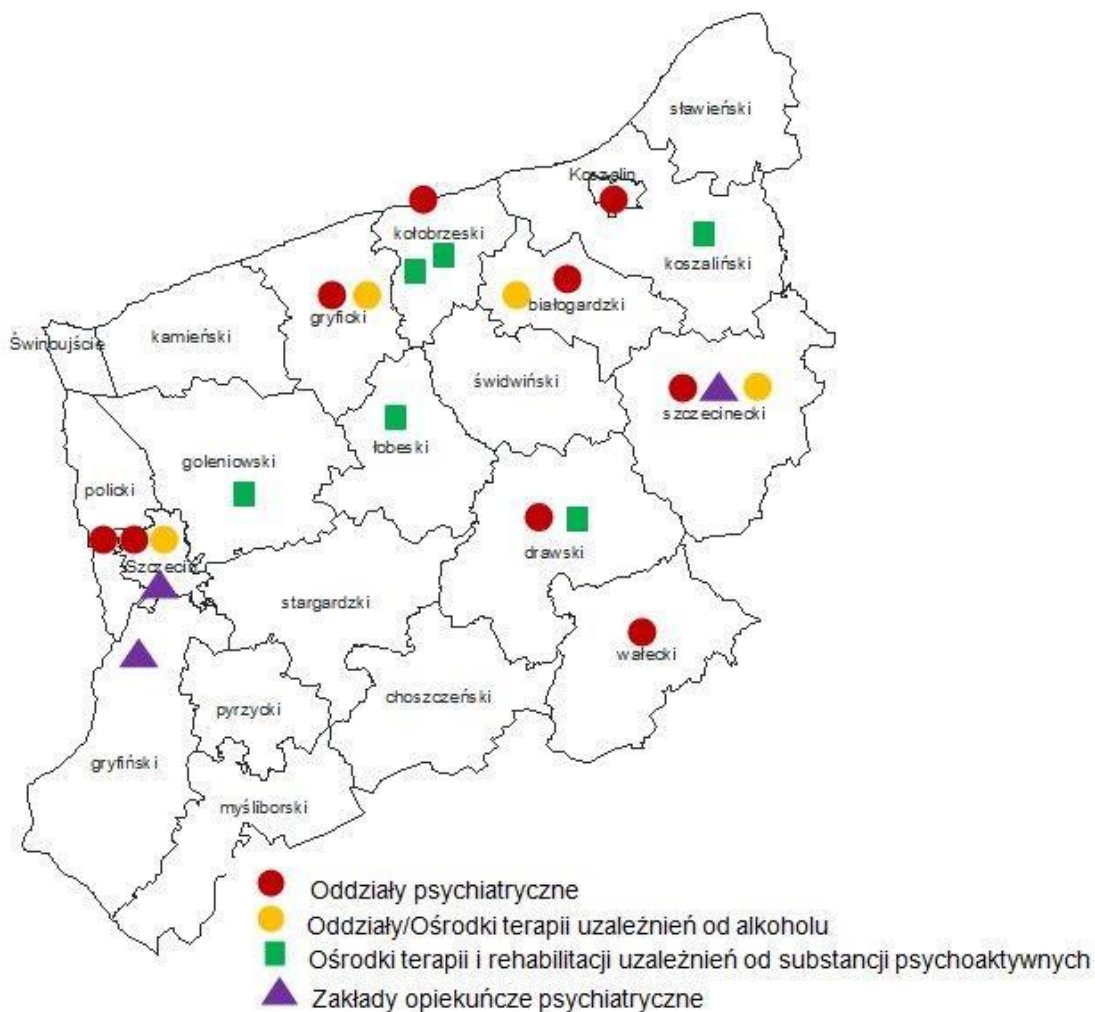
W 2011 r. opracowano „Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla województwa zachodniopomorskiego na lata 2011-2015” (RPOZP). Jednym z głównych celów RPOZP jest zapewnienie mieszkańcom województwa zachodniopomorskiego równego dostępu do różnych form leczenia i opieki psychiatrycznej ze zrównoważeniem między opieką szpitalną i środowiskową.

System psychiatrycznej 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.

W 2012 r. stacjonarne leczenie zaburzeń psychicznych i uzależnień odbywało się w 7 szpitalach ogólnych (w tym 2 resortowych), 2 niepublicznych szpitalach psychiatrycznych, 4 oddziałach/ośrodkach terapii uzależnień od alkoholu, 6 ośrodkach rehabilitacji dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, 3 oddziałach/zakładach opiekuńczych. Przy 3 szpitalach funkcjonuje dzienna opieka psychiatryczna.

Mapa nr 6. Rozmieszczenie jednostek stacjonarnej opieki psychiatrycznej w 2012 r.



Źródło: Opracowanie własne Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego na podstawie danych statystycznych i danych ZOW NFZ

W 2012 r. łącznie funkcjonowało **1 265 łóżek**, wskaźnik 7,4/10 tys. mieszkańców. Liczba łóżek zwiększyła się o 114 w porównaniu do 2002 r. W wyniku czego został osiągnięty i przekroczony wskaźnik kierunkowy, 7 łóżek/10 000 mieszkańców.

Tab.22. Liczba łóżek w oddziałach psychiatrycznych i terapii uzależnień w województwie zachodniopomorskim w 2002, 2010 i 2012 r.

Oddziały/ośrodki	2002	2010	2012
Psychiatryczne - ogólne	654	667	709
Terapii uzależnień od alkoholu	182	167	152
Rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	303	205	234
Dzienne psychiatryczne	12	96	106
Opiekuńcze	42	118	64
Razem	1 151	1 253	1 265

Źródło: Opracowanie własne Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego na podstawie Informatorów Statystycznych Ochrony Zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego

Województwo zachodniopomorskie posiada dostateczną liczbę łóżek w stacjonarnych oddziałach psychiatrycznych dla dorosłych. Brakuje natomiast miejsc do stacjonarnego leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży. Według „Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla województwa zachodniopomorskiego na lata 2011-2015”, opracowanego na podstawie zaleceń Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w województwie zachodniopomorskim powinno być o 100% więcej łóżek stacjonarnej opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, wobec obecnie funkcjonujących 32 łóżek w Szczecinie.

W ostatniej dekadzie obserwuje się wzrost liczby leczonych w jednostkach psychiatrycznej opieki zdrowotnej. W 2012 r. w stacjonarnych oddziałach/ośrodkach psychiatrycznej opieki zdrowotnej było **leczonych 12 411** osób, więcej o 1 843 w porównaniu do 2002 r.

Tab.23. Liczba leczonych w oddziałach psychiatrycznych i terapii uzależnień w województwie zachodniopomorskim w 2002, 2010 i 2012 r.

Oddziały/ośrodki	2002	2010	2012
Psychiatryczne - ogólne	7 538	8 109	8 962
Terapii uzależnień od alkoholu	2 119	2 387	1 837
Rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	779	516	707
Dzienne psychiatryczne	46	938	760
Opiekuńcze	86	245	145
Razem	10 568	12 195	12 411

Źródło: Opracowanie własne Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego na podstawie Informatorów Statystycznych Ochrony Zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego

Alternatywne formy opieki zdrowotnej stacjonarnej

Zgodnie z założeniami „Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego” z 2001 r. alternatywne formy opieki stacjonarnej powinny być rozbudowywane w celu zwiększenia dostępności do świadczeń zdrowotnych i zmniejszenia obciążenia stacjonarnej opieki krótkoterminowej, czyli tzw. oddziałów ostrych. Opieka alternatywna była kształtowana w oparciu o szpitale i ambulatoryjną opiekę specjalistyczną. Do alternatywnych form opieki zaliczono: oddziały dzienne i jednodniowe, opiekę domową oraz stacje dializ.

Ze względu na zmiany metodologiczne w gromadzeniu danych statystycznych poniżej przedstawiono zestawienia danych w latach, które mogą być porównywalne.

Opieka dzienna

W latach 2002-2012 opieka dzienna rozwijała się dość dynamicznie. Najbardziej właściwym miernikiem w ocenie jej rozwoju jest liczba leczonych w trybie opieki dziennej, ponieważ liczba miejsc nie jest przez wszystkie podmioty lecznicze wykazywana. Liczba pacjentów korzystających z trybu leczenia dziennego przy szpitalach zwiększyła się z 14 539 do 26 118 oraz z 8 906 do 10 899 w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

W 2012 r. z opieki dziennej korzystało 37 017 pacjentów:

- przy szpitalach 26 118 pacjentów
- przy ambulatoryjnej opiece 10 899 pacjentów

Poniżej tabela ilustruje zachodzące zmiany w rodzajach specjalności realizowanych w ramach świadczeń dziennych.

Tab.24. Liczba leczonych w oddziałach opieki dziennej przy szpitalach w latach 2002, 2010 i 2012r.

Oddziały	2002	2010	2012
Hematologiczne	x	1 801	2 433
Geriatryczny	13	x	x
Kardiologiczne	x	202	255
Onkologiczne	4 232	14 317	15 538
Radioterapii	1 531	x	x
Reumatologiczny	x	490	x
Rehabilitacyjne	960	24	x
Pediatryczne	x	1 775	1 830
Chirurgii ogólnej	x	65	159
Chirurgii onkologicznej	6 106	3 239	2 624
Chirurgii plastycznej	x	595	176
Neurochirurgia	x	360	x

Chirurgii urazowo-ortopedycznej	x	x	104
Okulistyczne	1 091	3 301	2 486
Otolaryngologiczne	606	1 036	513
Urologia	x	433	x
Razem	14 539	27 638	26 118

x – brak danych

Źródło: Opracowanie własne Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego
na podstawie Informatorów Statystycznych Ochrony Zdrowia
Województwa Zachodniopomorskiego

Najwięcej pacjentów korzystało z opieki dziennej przy szpitalach w zakresie świadczeń: onkologicznych, chirurgii onkologicznej, okulistycznych i hematologicznych oraz pediatrycznych.

Tab.25. Liczba leczonych w oddziałach opieki dziennej przy ambulatoryjnej opiece w latach 2002, 2010 i 2012r.

Rodzaj opieki	2010	2012
Ośrodek opieki paliatywnej	191	x
Ośrodek rehabilitacji	3 606	3 971
Chirurgia jednego dnia	712	182
Radioterapia	x	1 152
Chemioterapia	3 812	5 573
Inne	585	21
Razem	8 906	10 899

x – brak danych

Źródło: Opracowanie własne Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego
na podstawie Informatorów Statystycznych Ochrony Zdrowia
Województwa Zachodniopomorskiego

W 2012 r. w opiece dziennej funkcjonującej przy ambulatoryjnej opiece specjalistycznej było leczonych 10 899 osób. Byli to głównie pacjenci oddziałów chemioterapii, rehabilitacji i radioterapii.

Opieka domowa

Opieka domowa jest realizowana w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Świadczenia zdrowotne w domu pacjenta były wykonywane w zakresie: długoterminowej opieki domowej, rehabilitacji domowej, domowego leczenia tlenem i domowej opieki hospicyjnej.

W ciągu dwóch ostatnich lat liczba pacjentów korzystających z opieki domowej zmniejszyła się radykalnie, z 7 388 leczonych do 2 018 osób.

Tab.26. Liczba pacjentów korzystających z opieki domowej w 2010 i 2012 r.

Rodzaj opieki	2010	2012
Długoterminowa opieka domowa	3 420	1 034
Rehabilitacja domowa	371	2
Domowe leczenie tlenem	946	44
Hospicja domowe	2 651	938
Razem	7 388	2 018

Źródło: Opracowanie własne Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego
na podstawie Informatorów Statystycznych Ochrony Zdrowia
Województwa Zachodniopomorskiego

Powyższa analiza wskazuje na znaczne zmniejszenie liczebności świadczeń w zakresie hospicjum domowego, z 2 651 w 2010 r. do 938 w 2012 r. oraz w domowym leczeniu tlenem z 946 do 44 leczonych.

Stacje dializ

W stacjach dializ świadczenia zdrowotne wykonywane są w większości w trybie dziennym. Na przestrzeni ostatniej dekady doszło do znacznego rozwoju dializoterapii. **Liczba stanowisk dializacyjnych zwiększyła się prawie trzykrotnie.** Powstały nowe stacje dializ w Stargardzie Szczecińskim, w Szczecinku i Wałczu.

W 2012 r. funkcjonowało **13 stacji** dializ ze **179 stanowiskami dializacyjnymi**, o 113 więcej niż w 2002 r., Stacje dializ były rozmieszczone w 10 miastach: Koszalinie, Szczecinie, Choszcznie, Drawsku Pomorskim, Gryficach, Kołobrzegu, Policach, Stargardzie Szczecińskim, Szczecinku i Wałczu. W związku ze zwiększeniem liczby stanowisk dializacyjnych i mimo wzrostu liczby osób dializowanych, zmniejszyło się obciążenie stanowisk dializacyjnych. W 2012 r. wykonano **119 789 dializ**. Na 1 stanowisko dializacyjne przypadało 646,5 dializy.

Tab.27. Analiza porównawcza działalności stacji dializ w 2002 i 2012 r.

Powiaty	Liczba stanowisk dializacyjnych		Liczba osób dializowanych		Liczba wykonanych dializ		Liczba dializ na 1 stanowisko		Liczba osób dializowanych na 1 stanowisko	
	2002	2012	2002	2012	2002	2012	2002	2012	2002	2012
Koszaliński	11	13	109	137	9 068	10 129	824,4	779,2	9,9	10,5
M. Szczecin	26	62	441	836	21 073	40 115	810,5	647,0	17,0	13,5
Choszczeński	8	10	32	62	4 328	5 506	541,0	550,6	4,0	6,2
Drawski	5	16	42	66	4 378	8 998	875,6	562,4	8,4	4,1
Gryficki	8	18	80	172	6 385	13 447	798,1	747,1	10,0	9,6
Kołobrzeski*	8	29	89	298	6 315	20 011	789,4	690,0	11,1	10,3

Policki	0	2	0	20	0	241	0,0	120,5	0	10
Stargardzki	0	13	0	99	0	10 153	0,0	781	0	7,6
Szczecinecki	0	16	0	172	0	8 389	0,0	524,3	0	10,8
Wałecki*	0	7	0	20	0	2 800	0,0	400,0	0	2,9
Razem	66	179	793	1 882	51 547	119 789	781,0	646,5	12,0	10,4

*dane z 2011 r. ze względu na brak danych statystycznych z 2012 r.

Źródło: Opracowanie własne Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego
na podstawie Informatorów Statystycznych Ochrony Zdrowia
Województwa Zachodniopomorskiego

Od 2002 r. do 2012 r. liczba osób dializowanych wzrosła ponad dwukrotnie.

Po utworzeniu nowych stacji dializacyjnych w Policach, Stargardzie Szczecińskim, Szczecinku i Wałczu, **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.

Kolejki 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 najdłuższe kolejki oczekujących na leczenie szpitalne w województwie zachodniopomorskim odnotowuje się w oddziałach: rehabilitacji, chirurgii urazowo-ortopedycznej (oczekiwanie na endoprotezoplastykę stawów biodrowego i kolanowego), otolaryngologicznych i okulistycznych (leczenie zaćmy). Czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala jest bardzo zróżnicowany. Najbardziej oblegane są oddziały w szpitalach klinicznych, wojewódzkich i innych szpitalach specjalistycznych. Są też oddziały, gdzie pacjenci są przyjmowani na bieżąco.

Tab.28. Wybrane świadczenia zdrowotne z najdłuższym czasem oczekiwania na realizację („przypadek stabilny”) – stan w lipcu 2013 r.

Świadczenie opieki zdrowotnej	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania od/do dni
Oddział urazowo-ortopedyczny	3 563	3 - 837
Oddział chirurgii naczyniowej	394	23 - 1 620
Oddział rehabilitacyjny	9 162	59 - 1071
Oddział leczenia oparzeń	626	518
Oddział chirurgii ogólnej	1 535	7 – 226
Oddział chirurgii onkologicznej dla dzieci	36	222
Oddział otolaryngologiczny	2 029	47 – 162
Oddział endokrynologiczny	332	111 – 132
Oddział urologiczny	658	31 - 118
Oddział neurologiczny	83	3 - 188
Program lekowy WZW B	98	33 - 247
Program lekowy WZW C	169	86 - 462
Świadczenia rezonansu magnetycznego	4 769	4 - 92
Endoprotezoplastyka stawu biodrowego	3 444	131 - 1142
Endoprotezoplastyka stawu kolanowego	3 860	72 - 1109
Koronarografia	348	13 - 65
Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)	16 867	23 - 666
Pracownia tomografii komputerowej	3 654	9 - 90
Pracownia endoskopii	4 479	4 - 181

Źródło: Opracowanie własne Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego na podstawie www.nfz.gov.pl

Najdłuższy czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne w województwie zachodniopomorskim odnotowano w następujących rodzajach:

- oddział chirurgii naczyniowej
- endoprotezoplastyka stawu biodrowego
- endoprotezoplastyka stawu kolanowego
- oddział rehabilitacyjny
- oddział urazowo-ortopedyczny
- zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)
- oddział leczenia oparzeń

Najwięcej osób oczekiwało na świadczenie zdrowotne w zakresie:

- zabiegów w zakresie soczewki (zaćma)
- oddziałów rehabilitacyjnych
- badań rezonansu magnetycznego
- badań endoskopowych
- endoprotezoplastyka stawu kolanowego
- badań TK
- oddział urazowo-ortopedyczny

Realizacja obowiązku ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych - według stanu na koniec 2012 r.

Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładzie opieki zdrowotnej były ustalane do końca 2012 r. na podstawie *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej*. Nowa ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112 poz. 654) wprowadziła nowy sposób ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Z upoważnienia ustawy wydano nowe *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami* (Dz. U. z 2013 r. poz. 217 z późn. zm). Rozporządzenie weszło w życie 1 stycznia 2013 r. i określiło nowe zasady obliczania norm. Maksymalny czas na ustalenie nowych minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych przez kierowników podmiotów leczniczych ustanowiono na dzień 31 marca 2014 r. W związku z czym do wyznaczonego terminu, mogły funkcjonować wcześniej ustalone minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych, opracowane na podstawie poprzedniego rozporządzenia z 1999 r. W okresie przejściowym w latach 2010-2012 nie wznawiano obliczenia i modyfikacji norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych według starych zasad. Wobec czego, dane pozyskane z podmiotów leczniczych nie są w pełni kompletne, co uniemożliwiło analizę oraz ocenę sytuacji w tym zakresie. Ponadto trwają starania samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych o kolejną zmianę ww. rozporządzenia.

W 2012 r. w placówkach ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego było zatrudnionych (wg głównego miejsca pracy) 6 497 pielęgniarek i 717 położnych, w tym w szpitalach ogólnych 5 387 pielęgniarek i 692 położne.

Stan sanitarny i funkcjonalny szpitali województwa zachodniopomorskiego w 2012 roku

Państwowa Inspekcja Sanitarna realizując ustawowe zadania z zakresu zdrowia publicznego, sprawuje m.in. nadzór nad warunkami higieniczno-sanitarnymi, jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne.

Na podstawie wyników przeprowadzonych kontroli, Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Szczecinie corocznie przygotowuje ocenę stanu sanitarnego województwa. Dokument pt. „Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa zachodniopomorskiego za 2012 rok”, zawiera opis sytuacji epidemiologicznej w zakresie chorób zakaźnych, jakości wody przeznaczonej do spożycia, stanu obiektów użyteczności publicznych i kąpielisk, warunków sanitarno-higienicznych w środowisku pracy, higieny radiacyjnej, warunków sanitarnych w szkołach, stanu sanitarnego obiektów żywności i żywienia zbiorowego oraz stanu

sanitarnego i funkcjonalnego podmiotów wykonujących działalność leczniczą na terenie województwa zachodniopomorskiego.

Stan sanitarny podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą oceniono pod względem stanu sanitarnego i funkcjonalnego, utrzymania czystości, funkcjonowania procesów dezynfekcji i sterylizacji, pralnictwa szpitalnego, żywienia w szpitalach, zaopatrzenia w wodę, postępowania z odpadami medycznymi oraz dokonano oceny zakażeń szpitalnych i działalności szpitalnych zespołów ds. zapobiegania i zwalczania zakażeń zakładowych.

Najważniejsze wnioski z oceny stanu sanitarnego i funkcjonalnego szpitali w 2012 roku:

1. Następuje stała poprawa stanu technicznego i funkcjonalnego szpitali. W sposób stały i systematyczny prowadzone są remonty, modernizacje, rozbudowa pomieszczeń i prace remontowo-modernizacyjne i adaptacyjne. Wynika to z konieczności dostosowania do obowiązujących przepisów oraz dużej konkurencyjności związanej ze świadczeniami medycznymi.
2. Wszystkie podmioty lecznicze posiadają opracowane i zaopiniowane programy dostosowawcze, a 68 % szpitali zaktualizowało programy dostosowawcze do nowego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z dnia 29 czerwca 2012 r.)
3. We wszystkich szpitalach działają zespoły i komitety ds. zakażeń szpitalnych. Wszystkie szpitale złożyły raporty o zakażeniach zakładowych i drobnoustrojach alarmowych. W niektórych szpitalach utrzymuje się niekorzystna sytuacja w zakresie efektywności prac związanych z nadzorem nad zakażeniami szpitalnymi, utrudniona przez pełnienie dodatkowych funkcji w jednostce przez członków zespołów ds. zakażeń szpitalnych oraz brak wymaganych kwalifikacji. Wobec czego w części podmiotów wdrożono stosowne postępowanie administracyjne.
4. Monitorowanie zakażeń szpitalnych prowadzone jest w oparciu o ocenę mikrobiologiczną czynników alarmowych (czynników chorobowych o szczególnej zjadliwości). W 2012 r. zgłoszono 13 ognisk epidemicznych w szpitalach na terenie województwa. Niekorzystnym zjawiskiem jest brak laboratoriów mikrobiologicznych w niektórych szpitalach. Tylko 13 szpitali posiada własne laboratoria mikrobiologiczne, a pozostałe szpitale (62,86%) zlecają badania mikrobiologiczne jednostkom zewnętrznym.
5. Wszystkie skontrolowane podmioty lecznicze miały opracowane procedury przeciwepidemiczne, aktualizowane przez zespoły ds. zakażeń szpitalnych oraz właściwie udokumentowane systemy kontroli wewnętrznej sterylizacji dostosowane do własnych potrzeb. Na 13 zgłoszonych ognisk w 12 przypadkach (92,3%) ustalono źródło i okoliczności zakażenia, którymi w większości byli zakażeni pacjenci, zanieczyszczone środowisko szpitalne i personel.

6. Procesy dekontaminacji (niszczenie biologicznych czynników chorobotwórczych przez mycie, dezynfekcję i sterylizację) prowadzone były we wszystkich szpitalach zgodnie z wewnętrznymi procedurami z użyciem certyfikowanych środków, 51,43% szpitali posiada myjnie do basenów, 42,43% posiada maceratory do basenów i kaczek jednorazowego użytku, w 3 szpitalach znajdują się komory dezynfekcyjne do oczyszczania materaców, koców i poduszek, pozostałe szpitale zlecały te usługi firmom zewnętrznym.
7. Większość szpitali (65,71%) prowadziło sterylizację sprzętu medycznego w obrębie szpitali. Podstawową metodą sterylizacji sprzętu medycznego w szpitalach była sterylizacja parowa (73 autoklawów). Inne sterylizatory funkcjonujące w szpitalach to: 9 na ciepłe powietrze, 9 na tlenek etylenu, 4 plazmowe i 3 parowo-formaldehadowe.
8. Większość szpitali charakteryzowała się właściwym stanem czystości. W części szpitali (31,43%) utrzymanie czystości było realizowane przez specjalistyczne firmy zewnętrzne, a 11,43% szpitali korzystało zarówno z własnego personelu sprzątającego, jak i z firm zewnętrznych.
9. Podstawowym źródłem zaopatrzenia szpitali w wodę jest wodociąg publiczny (21), 13 szpitali posiada ujęcia własne, a 8 obiektów szpitalnych nie posiada rezerwowego źródła zaopatrzenia w wodę. W wyniku prowadzonych kontroli nie wykazano nieprawidłowości w stanie sanitarno-technicznym urządzeń wodociągowych.
10. Większość szpitali w województwie zachodniopomorskim (31) korzystało z pralni z barierą higieniczną, 3 szpitale używały pralni własnych. Większość szpitali posiada wydzielone magazyny bielizny czystej i brudnej
11. Wszystkie szpitale mają uregulowaną gospodarkę odpadami medycznymi. Tylko 2 szpitale wykonują unieszkodliwianie niebezpiecznych odpadów medycznych we własnych spalarniach. Pozostałe szpitale miały podpisane umowy na odbiór, transport i utylizację odpadów z podmiotami zewnętrznymi.
12. Stan sanitarno-techniczny bloków żywienia wykazuje ciągłą poprawę. W 11 szpitalach posiłki dla pacjentów przygotowywano we własnym zakresie, 10 szpitali prowadziło żywienie pacjentów w systemie cateringowym, pozostałe 10 szpitali produkcję i dostarczanie posiłków zlecało innym podmiotom gospodarczym. Najczęściej powtarzające się uchybienia natury bieżącej, to: brak segregacji artykułów spożywczych w urządzeniach chłodniczych, niedokładnie myty i częściowo zniszczony sprzęt produkcyjny oraz brak porządku w pomieszczeniach produkcyjnych i magazynowych.
13. We wszystkich skontrolowanych placówkach opieki zdrowotnej przestrzegany był zakaz palenia tytoniu i wyrobów tytoniowych. W widocznych miejscach budynków były umieszczane oznaczenia słowne i graficzne o zakazie palenia.

Akredytacje i certyfikaty jakości szpitali

W województwie zachodniopomorskim obserwuje się zainteresowanie zakładów opieki zdrowotnej uzyskiwaniem akredytacji, certyfikatów ISO i innych dokumentów potwierdzających spełnienie określonych wymogów. Szpitale posiadają różnego rodzaju certyfikaty, nominacje i wyróżnienia w zakresie spełnienia norm i standardów dotyczących jakości zarządzania, organizacji i wykonywanych usług.

Akredytacje udzielane przez Ministra Zdrowia i certyfikacja według norm ISO wydawane przez jednostki certyfikujące są uzupełniającymi systemami oceny funkcjonowania podmiotów leczniczych.

Akredytacja jest usystematyzowanym procesem zewnętrznej oceny jednostek ochrony zdrowia, prowadzonym w oparciu o *ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia*. Przegląd akredytacyjny polega na pełnym przeglądzie działalności klinicznej, zarządzania i administracji. Obecnie program akredytacji szpitali w Polsce obejmuje 221 standardów w 15 działach.

W okresie sprawozdawczym 2011-2012 certyfikaty akredytacyjne, udzielone przez Ministra Zdrowia, posiadało 5 szpitali województwa zachodniopomorskiego:

- 1) Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie.
- 2) Samodzielny Publiczny Specjalistyczny ZOZ „Zdroje” w Szczecinie.
- 3) Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie.
- 4) Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach.
- 5) Regionalny Szpital w Kołobrzegu.

System zarządzania jakością ISO 9001 jest międzynarodowym standardem wdrażanym m.in. w placówkach ochrony zdrowia wielu krajów. Pozwala na uporządkowanie procesów obsługi pacjentów, wzmacnia nadzór nad prowadzeniem dokumentacji, doskonali jakość i poprawia kulturę organizacyjną.

Certyfikaty ISO 9001, ważne w latach 2011-2012, posiadało 12 szpitali:

- 1) Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie.
- 2) Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie.
- 3) Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach.
- 4) Regionalny Szpital w Kołobrzegu.
- 5) Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Szczecinie.
- 6) Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 2 w Szczecinie.
- 7) Specjalistyczny Szpital im. Prof. A. Sokołowskiego w Szczecinie-Zdunowie
- 8) Szpital Wojewódzki w Koszalinie.
- 9) Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc w Koszalinie.
- 10) Szpital Powiatowy w Sławnie.
- 11) Szpital w Szczecinku.
- 12) Zakład Opieki Zdrowotnej MSW w Koszalinie.

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

Tab.29. Certyfikaty w Szpitalach Klinicznych (stan na koniec 2012 r.)

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
	Certyfikat wdrożenia i stosowania systemu zarządzania jakością w zakresie usług zdrowotnych obejmujących leczenie szpitalne, ambulatoryjne oraz profilaktycznie programy zdrowotne	TUV SUD Management Service GmgH Monachium	12.10.2012 – 15.08.2015
	Certyfikat wdrożenia i stosowania systemu zarządzania jakością w zakresie usług zdrowotnych obejmujących leczenie szpitalne, ambulatoryjne	TUV SUD Management Service GmgH Monachium	12.10.2012 – 15.08.2015
	Certyfikat wdrożenia i stosowania systemu zarządzania jakością w zakresie usług zdrowotnych obejmujących leczenie szpitalne, ambulatoryjne oraz profilaktycznie programy zdrowotne	TUV SUD Management Service GmgH Monachium	12.10.2012 – 15.08.2015
	Certyfikat dla SOR	Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia Kraków	Wydane: 17.10.2012 Potwierdzenie nr 184/2012
	Certyfikat Wiarygodności Badań w Mikrobiologii POLMICRO 2012	Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej Warszawa	31.01.2013 – 31.01.2014
	Europejska Akredytacja jako Centrum Urazów Ręki dla Klinik Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Ręki	Federacja Europejskich Towarzystw Chirurgii Ręki Oslo	2012 - 2015
	Elitarny Klub „Gazel Biznesu” dla najdynamiczniej rozwijających się firm	Dziennik Puls Biznesu	2011
	Certyfikat „Szpital bez bólu”	Polskie Towarzystwo Badania Bólu wraz z PTAiT,PTG,Tchu, PTOiT	09.04.2013-09.04.2016
	Nominacja do Certyfikatu „Rzetelni w Ochronie Zdrowia” za efektywne	Decyzja Mazowieckiego Zrzeszenia Handlu, Przemysłu i Usług Państwa	22.04.2013

	pozyskanie i wykorzystanie środków unijnych		
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

Źródło: Opracowanie własne Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego na podstawie informacji podmiotów leczniczych

Tab.30. Certyfikaty w Szpitalach Samorządu Województwa Zachodniopomorskiego (stan na koniec 2012 r.)

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 9001 (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
	Certyfikat Szpital Bez Bólu	Polskie Towarzystwo Badania Bólu	09.10.2012 – 09.10.2015
	Certyfikat Akredytacyjny	Minister Zdrowia	13.03.2013 – 12.03.2016
Zachodniopomorskie Centrum Onkologii 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 Statków 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	Minister 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 Sokołowskiego, Szczecin - Zduńkowo	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.
SP Specjalistyczny ZOZ "ZDROJE" Szczecin	Certyfikat Akredytacyjny	Minister Zdrowia	15.05.2009 - 14.05.2012
	Szpital Przyjazny Dziecku	Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci UNICEF	bezterminowo
	Bezpieczny Szpital /finalista rankingu/	Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, "Rzeczpospolita"	Przyznany po raz kolejny w październiku 2009 (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 POLMICRO	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.
	Perły Medycyny i Nagroda Inwestora	Stowarzyszenie Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej	17.11.2012 – bez ograniczenia
	Szpital Bez Bólu	Polskie Towarzystwo Badania Bólu	17.04.2012 – 17.04.2015
	Szpital Matek i Ojców	Pomorska Akademia Medyczna	19.10.2009 – bez ograniczenia
	Rzetelni w Ochronie Zdrowia	Stowarzyszenie pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej	17.06.2012 - 22.06.2013
	Menadżer Roku w Ochronie Zdrowia	Termedia	14.12.2012 – bez ograniczenia
Specjalistyczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc Koszalin	Certyfikat ISO 9001:2008	DEKRA CERTYFICATION SP. Z O.O.	02.01.2012 – 18.12.2014
Regionalny Szpital Kołobrzeg	Certyfikat akredytacyjny	Minister 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
	PN-N 18001:2004 System Zarządzania Bezpieczeństwem i Higieną Pracy	Dekra Certification GmbH	15.06.2012 – 14.06.2015
	ISO 14001:2008 System Zarządzania Ochroną Środowiska	Dekra Certification GmbH	19.08.2011 – 17.06.2014
	ISO IEC 27001:2005 System Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji	Dekra Certification GmbH	14.07.2010- 13.07.2013
	POLMICRO 2012	Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej	1994-2012 coroczna kontrola

	EARSNET	UK NEQAS	2004-2012 coroczna kontrola
SP Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Gryfice	Certyfikat Akredytacyjny nr 2011/20	Minister Zdrowia	22.07.2011- 21.07.2014
	Certyfikat ISO/IEC 27001:2005 (ISMS)	ZSJZ 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: Opracowanie własne Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego
na podstawie informacji podmiotów leczniczych

Tab.31. Certyfikaty w zakładach opieki zdrowotnej w powiatach (stan na koniec 2012 r.)

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 Stażków Biuro Certyfikacji	14.06.2006- 2015
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
	POLMICRO 2012 zaświadczenie nr: OŚ/ZM- 45-310/13	Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej	31.01.2013 – 31.01.2014
	Potwierdzenie nr 185/2012 spełnienia wymagań określonych w rozporządzeniu MZ z dnia 3.11.2011 w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego	Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia	Potwierdzenie wydane bezterminowo
Szpital w Szczecinku Sp. z.o.o.	ISO 9001:2001	Tuv-Nord Polska Sp. z.o.o.	2011 - 2014
	"Szpital bez Bólu"	Polskie Towarzystwo Badania Bólu	26.04.2013
	Certyfikat "Wiarygodności biznesowej"	Dun & Bradstreet Poland	bezterminowo

Źródło: Opracowanie własne Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego
na podstawie informacji podmiotów leczniczych

Tab.32. Certyfikaty w Szpitalach resortowych MON i MSW (stan w 2012 r.)

ZOZ	Rodzaj/Nazwa certyfikatu	Nazwa instytucji certyfikującej	Okres ważności (daty od-do)
Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Koszalinie	Certyfikat ISO 9001:2008	DEKRA Certiikation Sp. z.o.o.	25.03.2011-16.03.2014
109 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Szczecinie	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

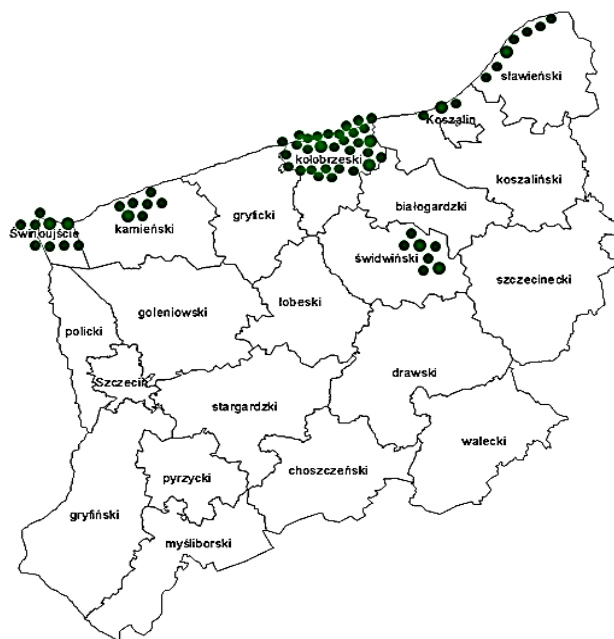
Źródło: Opracowanie własne Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego na podstawie informacji podmiotów leczniczych

Lecznictwo uzdrowiskowe

W roku 2012 na terenie województwa zachodniopomorskiego działalność uzdrowiskową prowadziło **64 placówki** lecznictwa uzdrowiskowego i sanatoryjnego, posiadające **11 851 łóżek**.

Sanatoria i uzdrowiska znajdowały się, tak jak w latach poprzednich, w 6 powiatach: m. Świnoujściu, kamieńskim, kołobrzesckim, koszalińskim, sławieńskim i świdwińskim.

Mapa nr 7. Rozmieszczenie jednostek lecznictwa uzdrowiskowego na terenie województwa zachodniopomorskiego (stan w 2012 r.)



Źródło: Opracowanie własne Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego na podstawie danych statystycznych

Obiekty sanatoryjne znajdowały się w 10 nadmorskich miejscowościach: Dziwnówek, Jarosławiec, Mielno, Międzywodzie, Mrzeżyno, Pobierowo, Pustkowo, Sarbinowo, Unieście, Ustronie Morskie oraz w Bornym Sulinowie.

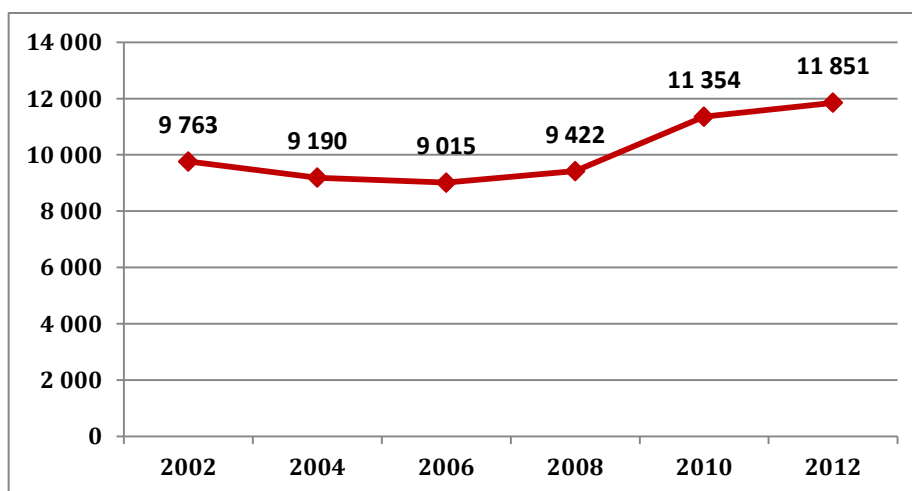
Tab.33. Działalność lecznictwa uzdrowiskowego w latach 2002 - 2012

Nazwa wskaźnika	Lata					
	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Liczba placówek	73	68	54	52	57	64
Liczba łóżek	9 763	9 190	9 015	9 422	11 354	11 851
Liczba kuracjuszy	176 844	139 826	133 998	169 848	188 402	199 877

Źródło: Opracowanie własne Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego na podstawie danych Urzędu Statystycznego w Szczecinie

W 2012 roku było **11 851 łóżek** uzdrowiskowych, o 2 088 więcej w porównaniu do 2002 roku.

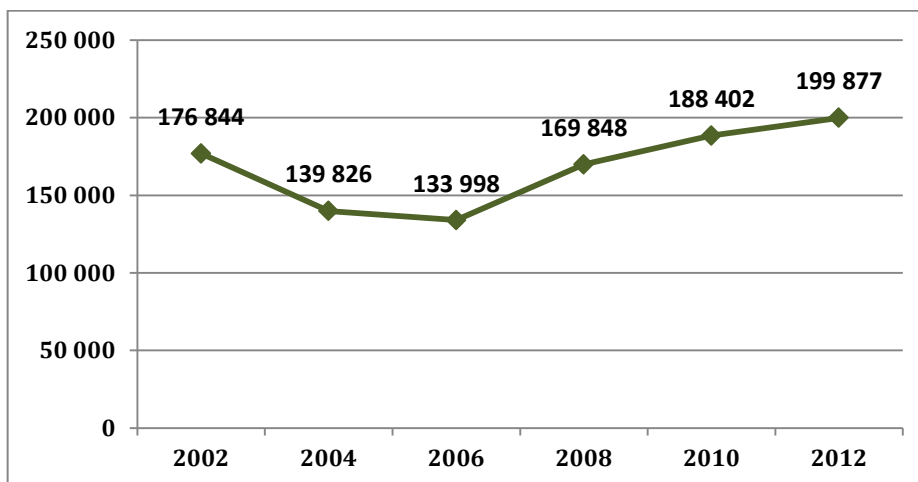
Wyk.22. Liczba łóżek w jednostkach lecznictwa uzdrowiskowego w latach 2002 - 2012



Źródło: Opracowanie własne Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego na podstawie danych Urzędu Statystycznego w Szczecinie

W 2012 roku z leczenia uzdrowiskowego skorzystało **199 877 kuracjuszy**, o 23 033 więcej w porównaniu do 2002 r.

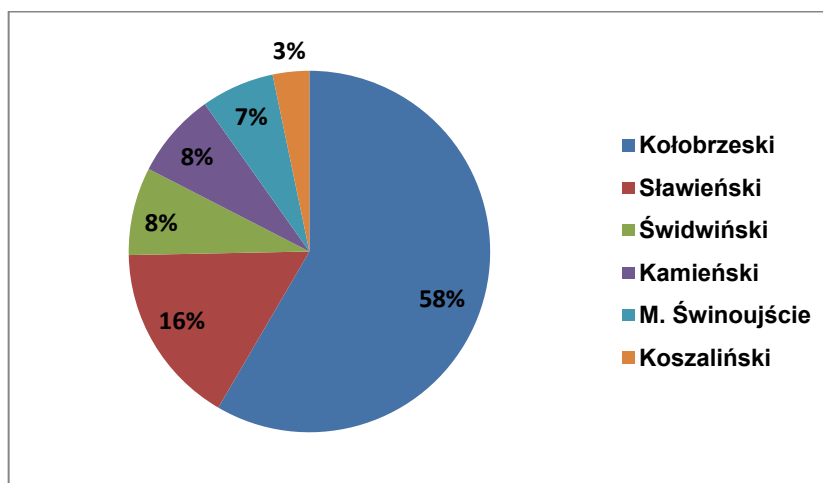
Wyk.23. Liczba kuracjuszy w lecznictwie uzdrowiskowym w latach 2002 - 2012



Źródło: Opracowanie własne Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego na podstawie danych Urzędu Statystycznego w Szczecinie

W latach 2010 i 2012 wzrosły ogólne wskaźniki działalności jednostek lecznictwa uzdrowiskowego, zarówno w zakresie liczby placówek, jak i liczby łóżek oraz kuracjuszy. Jednak wzrosty te nie dotyczyły wszystkich powiatów, np. w Świnoujściu zmniejszyła się zarówno liczba łóżek, jak i liczba kuracjuszy, a w powiecie świdwińskim zmniejszyła się liczba łóżek.

Wyk.24. Zasoby łóżkowe w lecznictwie uzdrowiskowym w 2012 r. – według powiatów



Źródło: Opracowanie własne Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego na podstawie danych Urzędu Statystycznego w Szczecinie

Największe zasoby łóżkowe lecznictwa uzdrowiskowego w województwie zachodniopomorskim znajdowały się w powiecie kołobrzeskim (58%) i sławińskim (16%).

Tab.34. Lecznictwo uzdrowiskowe według powiatów w 2010 i 2012 r.

Powiaty	Liczba placówek		Liczba łóżek		Liczba kuracjuszy	
	2010	2012	2010	2012	2010	2012
M. Świnoujście	9	9	1 402	776	23 529	22 997
Kamieński	6	7	743	904	7 572	9 638
Kołobrzeski	28	31	6 091	6 922	106 159	109 746
Koszaliński	3	3	391	388	7 181	7 521
Sławieński	4	7	1 767	1 929	26 665	30 602
Świdwiński	7	7	960	932	17 296	19 373
Razem	57	64	11 354	11 851	188 402	199 877

Źródło: Opracowanie własne Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego
na podstawie danych Urzędu Statystycznego w Szczecinie

WNIOSKI:

1. Warunki diagnostyczno-lecznicze i pobytowe w placówkach stacjonarnych, dzięki prowadzonym inwestycjom, częściowo dofinansowywanym z funduszy unijnych, systematycznie się poprawiają. Jest to bardzo istotne z punktu widzenia terminowego dostosowania jednostek do wymogów i kryteriów.
2. Zmieniła się struktura własnościowa części szpitali powiatowych, zostały one przekształcone w spółki lub wydierżawione innym podmiotom.
3. Ogólne zasoby łóżkowe w opiece stacjonarnej utrzymują się na zbliżonym poziomie jak w latach ubiegłych.
4. Nastąpiły zmiany w strukturze łóżek polegające na zmniejszeniu liczby łóżek krótkoterminowych i zwiększeniu liczby łóżek długoterminowych i rehabilitacyjnych.
5. Osiągnięto docelową liczbę łóżek w opiece psychiatrycznej dla dorosłych, jednak nadal brakuje łóżek w oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży.
6. W szpitalach ogólnych nastąpiło niewielkie zwiększenie liczby łóżek, wzrost liczby leczonych, obniżenie średniego wskaźnika wykorzystania łóżek oraz nieznaczne skrócenie przeciętnego czasu pobytu chorego w szpitalu.
7. Wzrosła liczba leczonych w opiece dziennej (korzystne zjawisko).
8. Mniej pacjentów było objętych opieką domową i hospicyjną (niekorzystne zjawisko).
9. Odnotowano dalszy rozwój dializoterapii.
10. Najwięcej osób oczekiwało na leczenie schorzeń soczewki (zaćma), w oddziałach rehabilitacyjnych, na badanie rezonansu magnetycznego, endoprotezoplastykę stawu kolanowego i biodrowego oraz na leczenie w oddziale urazowo-ortopedycznym.

11. **Stan sanitarno-techniczny szpitali poprawił się dzięki dalszym modernizacjom i remontom.**
12. **Certyfikat akredytacyjny posiadało pięć szpitali na terenie województwa zachodniopomorskiego.**
13. **W lecznictwie uzdrowiskowym odnotowano wzrost liczby placówek, łóżek i kuracjuszy.**
14. **Wciąż nowe kryteria i warunki kontraktowania NFZ dla świadczeniodawców oraz limitowanie usług to podstawowe determinanty zmiany liczby łóżek, liczby pacjentów i hospitalizacji.**

C. RATOWNICTWO MEDYCZNE

Podstawowymi elementami Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego są: Szpitalne Oddziały Ratunkowe (SOR) i Zespoły Ratownictwa Medycznego (ZRM). 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 swoje zadania we współpracy z Systemem Powiadamiania Ratunkowego, który do końca 2012 r. działał w oparciu o dwie ustawy: ustawę o Państwowym Ratownictwie Medycznym i ustawę o ochronie przeciwpożarowej.

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 wojewódzkiego planu działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego.

Według stanu na koniec 2012 r. na terenie województwa zachodniopomorskiego funkcjonowało 12 rejonów operacyjnych, 79 zespołów ratownictwa medycznego (ZRM), 7 Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (SOR) i 2 dyspozytornie scentralizowane.

Mapa nr 8. Rejony Operacyjne ZRM i rozmieszczenie jednostek Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego w województwie zachodniopomorskim w 2012 r.



Źródło: Plan działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego Województwa Zachodniopomorskiego,

Szpitalne Oddziały Ratunkowe

W 2012 roku na terenie województwa zachodniopomorskiego funkcjonowało 7 Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (SOR), tj. mniej o 4 w porównaniu do 2010 roku. Przyczyną zmniejszenia liczby SOR było niespełnienie obowiązujących wymogów technicznych i funkcjonalnych, m.in. brak lądowiska dla helikopterów.

Tab. 35. Wykaz Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych funkcjonujących w latach 2004, 2010 i 2012

Świadczeniodawca	2004	2010	2012
SP ZOZ w Choszcznie	X	X	X
Drawskie Centrum Specjalistyczne w Drawsku Pomorskim		X	X
SP ZZOZ w Gryficach	X	X	X
Szpital Wojewódzki w Koszalinie	X	X	X
SP ZZOZ w Stargardzie Szczecińskim		X	X
SP Szpital Kliniczny nr 1 w Szczecinie	X	X	X
Szpital w Szczecinku		X	X
SP Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie	X	X	
Regionalny Szpital w Kołobrzegu	X		
SP Specjalistyczny ZOZ "Zdroje" w Szczecinie	X	X	
Specjalistyczny Szpital w Szczecinie-Zdunowie		X	
SP ZOZ Szpital Miejski w Świnoujściu		X	

Źródło: Opracowanie Wydziału Zdrowia na podstawie Planu Działania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego Województwa Zachodniopomorskiego

Według ostatniej aktualizacji „Planu Działania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego Województwa Zachodniopomorskiego” w przyszłości planowane jest ponowne uruchomienie 4 SOR-ów w: Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Szczecinie, Szpitalu Specjalistycznym w Szczecinie-Zdunowie, Samodzielnym Publicznym Specjalistycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Zdroje” w Szczecinie i Szpitalu Miejskim w Świnoujściu.

Zespoły Ratownictwa Medycznego (ZRM)

W 2012 r. na terenie województwa zachodniopomorskiego w 12 rejonach operacyjnych dyżurowało całodobowo 79 ZRM, stacjonujących w 48 lokalizacjach oraz 4 dodatkowe ZRM uruchamiane w sezonie letnim w miejscowościach nadmorskich. Obszary rejonów operacyjnych są zróżnicowane powierzchniowo, obejmują obszar od jednej gminy do obszaru obejmującego 25 gmin w czterech powiatach.

Na terenie województwa zachodniopomorskiego funkcjonuje 6 dysponentów Zespołów Ratownictwa Medycznego:

- WSPR w Szczecinie – 70 ZRM + 4 ZRM sezonowe (Dziwnów, Pobierowo, Ustronie, Mielno)
- Szpital w Szczecinku – 3 ZRM
- NZOZ Falck w Powiecie Sławieńskim – 3 ZRM
- NZOZ „Asklepios” w Bobolicach – 1 ZRM
- ZOZ w Polanowie – 1 ZRM
- ZOZ w Malechowie – 1 ZRM

Tab.36. Liczba zespołów ratownictwa medycznego w latach 2004, 2010 i 2012 - według powiatów

POWIATY	2004		2010		2012	
	„W”	„R”	„P”	„S”	„P”	„S”
Koszalin i Powiat Koszaliński	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	3	1	3	1
Goleniowski	2	3	3	2	3	2
Gryficki	1	3	2	1	3	1
Gryfiński	2	2	3	2	3	2
Kamieński	2	2	2	2	2	2
Kołobrzeski	1	1	2	1	2	1
Łobeski	0	2	1	1	1	1
Myśliborski	2	3	2	1	2	2
Policki	1	1	1	1	1	1
Pyrzycki	1	1	1	1	1	1
Sławieński	2	1	2	2	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	29	49	30
	74		77		79	

* „W” – wypadkowe, „R” - reanimacyjne, „P” – podstawowe, „S” - specjalistyczne

Źródło: Opracowanie Wydziału Zdrowia na podstawie Informatorów Statystycznych Ochrony Zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego,

W 2012 roku dysponenci zespołów ratownictwa medycznego zapewniali 79 zespołów ratownictwa medycznego, w tym 49 zespołów podstawowych i 30 zespołów specjalistycznych. Liczba ZRM wzrosła o 2 w porównaniu do 2010 roku i o 5 w porównaniu do 2004 roku. Od 2004 r. liczba ludności przypadająca na 1 ZRM zmniejszyła się z 22,9 tys. do 21,8 tys. w 2012 r.

Tab.37. Liczba ludności na 1 zespół ratownictwa medycznego (w tys.) – wg powiatów

Powiat	2004 rok	2010 rok	2012 rok
Koszalin i Powiat Koszaliński	21,6	24,6	25,0
Szczecin	29,4	29,0	29,2
Świnoujście	20,5	20,4	20,8
Białogardzki	24,2	24,1	24,6
Choszczeński	25,1	24,8	25,1
Drawski	14,6	14,3	14,7
Goleniowski	15,6	16,1	16,4
Gryficki	15,2	20,2	15,4
Gryfiński	20,7	16,5	16,8
Kamieński	12,0	11,9	12,0
Kołobrzeski	38,0	25,7	26,5
Łobeski	19,2	19,0	19,1
Myśliborski	13,5	22,3	17,0
Policki	31,2	35,2	36,7
Pyrzycki	20,0	19,9	20,3
Sławieński	19,3	14,3	14,5
Stargardzki	30,0	23,9	24,2
Szczecinecki	25,8	25,6	26,5
Świdwiński	24,6	24,1	24,5
Wałecki	18,3	18,0	18,3
WOJEWÓDZTWO	22,9	22,0	21,8

Źródło: Opracowanie Wydziału Zdrowia na podstawie Informatorów Statystycznych Ochrony Zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego

Najwyższa liczba ludności na 1 ZRM przypadała w powiecie polickim (36,7 tys.) i m. Szczecinie (29,2 tys.), zaś najmniej ludności na 1 ZRM było w powiatach: kamieńskim (12 tys.), drawskim (14,7 tys.) i sławieńskim (14,5 tys.).

W przeciągu ostatnich lat obserwuje się stopniowe zmniejszanie się liczby wyjazdów do zdarzeń. Może to być związane z lepszą organizacją zadań podstawowej opieki zdrowotnej

i większą świadomością społeczeństwa dotyczącą zadań ratownictwa medycznego i podstawowej opieki zdrowotnej. Zapewnienie opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w punktach nocnej i świątecznej pomocy oraz wyjazdowej pomocy w ramach podstawowej opieki zdrowotnej spowodowało odciążenie systemu ratownictwa medycznego.

Tab.38. Liczba wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego w 2010 i 2012 r. - wg powiatów

Powiaty	2010 rok			2012 rok		
	Wyjazdy ogółem	w tym do wypadków		Wyjazdy ogółem	w tym do wypadków	
		Liczba	%		Liczba	%
M. Koszalin i Powiat Koszaliński	14 762	2 149	14,6	14 512	2 657	18,3
M. Szczecin	43 912	3 607	8,2	42 606	8 783	20,6
M. Świnoujście	3 850	575	14,9	3 956	708	17,9
Białogardzki	3 411	542	15,9	3 663	554	15,1
Choszczeński	3 551	161	4,5	3 156	532	16,9
Drawski	5 147	859	16,7	5 578	965	17,3
Goleniowski	6 853	1 095	16,0	6 278	1 140	18,2
Gryficki	5 153	679	13,2	5 791	1 048	18,1
Gryfiński	7 852	932	11,9	6 489	679	10,5
Kamieński	7 049	1 125	16,0	5 523	1 162	21,0
Kołobrzeski	6 798	1 167	17,2	7 317	1 165	15,9
Łobeski	1 604	284	17,7	2 712	385	14,2
Myśliborski	5 918	562	9,5	5 573	907	16,3
Policki	3 286	263	8,0	3 203	607	19,0
Pyrzycki	3 221	562	17,4	2 818	486	17,2
Sławieński	4 629	407	8,8	4 529	509	11,2
Stargardzki	11 211	1 485	13,2	11 298	1 467	13,0
Szczecinecki	4 413	643	14,6	4 259	617	14,5
Świdwiński	3 380	72	2,1	3 405	432	12,7
Wałecki	4 775	595	12,5	4 088	695	17,0
WOJEWÓDZTWO	150 775	17 764	11,8	146 754	25 498	17,4

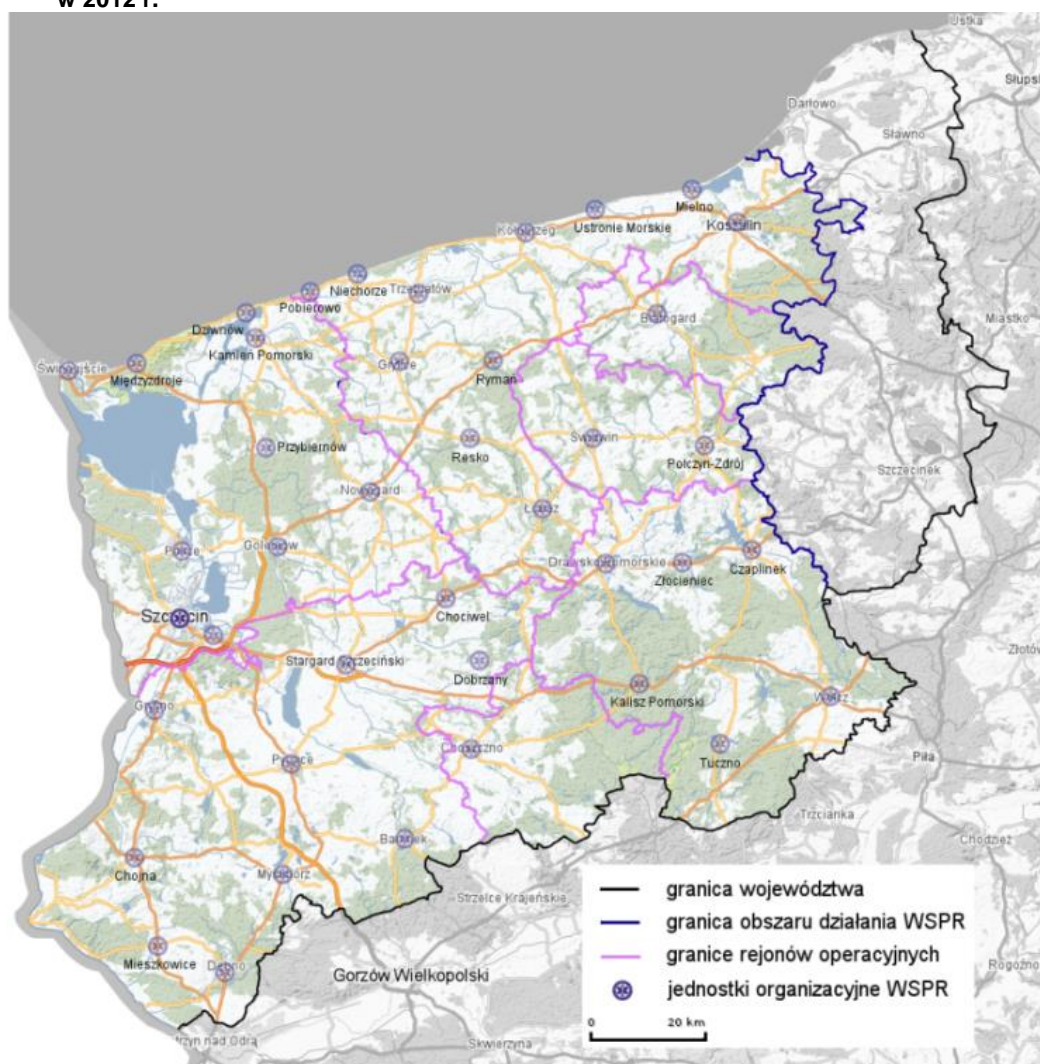
Źródło: Opracowanie Wydziału Zdrowia na podstawie Informatorów Statystycznych Ochrony Zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego

W 2012 roku zespoły ratownictwa medycznego zrealizowały 146 754 interwencji, z czego 17,4% to wyjazdy do wypadków. Jest to o 4 021 interwencji mniej niż w 2010 roku. Zwiększyła się natomiast znacznie liczba wyjazdów do wypadków o 7 734 (5,6 punktów procentowych). Największy odsetek wyjazdów do wypadków zrealizowano w powiecie

kamieńskim (21%), m. Szczecinie (20,6%) i powiecie polickim (19%), najmniej w powiecie gryfińskim (10,5%), sławieńskim (11,2%) i świdwińskim (12,7%).

Największym dysponentem ZRM na terenie województwa zachodniopomorskiego jest Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego z siedzibą w Szczecinie, która posiada swoje filie na terenie 19 powiatów (oprócz powiatu Sławieńskiego i Szczecineckiego), obsługuje 91% ludności województwa. WSPR dysponuje 74 ambulansami (w tym 4 sezonowe: Dziwnów, Mielno, Rewal, Ustronie Morskie), które pełnią dyżury całodobowe jako ZRM oraz 15 ambulansami przeznaczonymi do transportu sanitarnego i przewozów pacjentów na zlecenie innych podmiotów leczniczych.

Mapa nr 9. Obszar działania Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie w 2012 r.



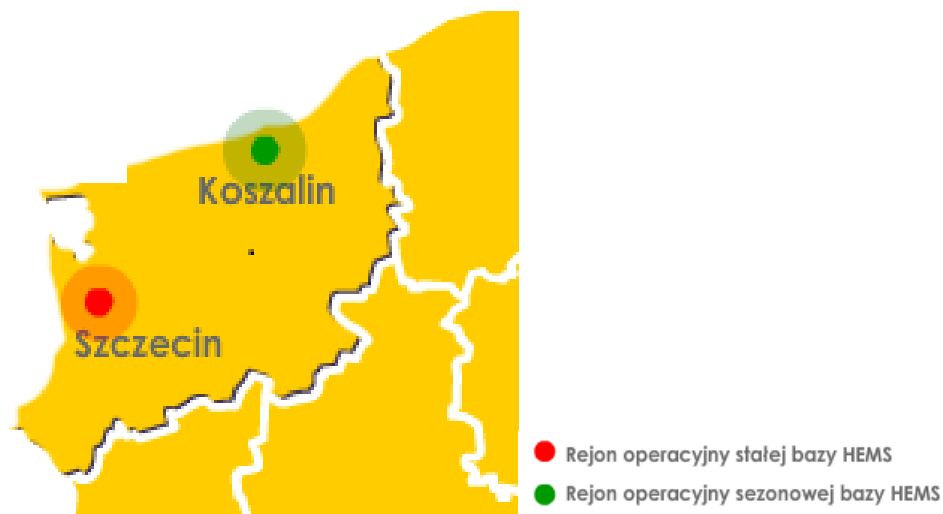
Źródło: Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie

Lotnicze Zespoły Ratownictwa Medycznego

Województwo Zachodniopomorskie jest wydzieloną częścią rejonu operacyjnego pn. Region Zachód SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, w którym 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.

Mapa nr 10. Bazy Lotniczego Pogotowia Ratunkowego w województwie zachodniopomorskim



Źródło: <http://www.lpr.com.pl/pl/bazy.html?info=8>

Zespoły HEMS realizują zadania z zakresu medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez: lotniczy zespół ratownictwa medycznego i 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 60 km od miejsca stacjonowania do 3 minut.
- w promieniu 130 km od miejsca stacjonowania do 6 minut
- w promieniu powyżej 130 km od miejsca stacjonowania do 20 minut

W ramach medycznych czynności ratunkowych lotnicze zespoły ratownictwa medycznego umożliwiają transport pacjenta bezpośrednio z miejsca zdarzenia/wezwania do takich ośrodków specjalistycznych, jak np.: oparzeniowe, replantacji kończyn, tlenoterapii hiperbarycznej.

W 2012 r. lotnicze zespoły ratownictwa medycznego z Goleniowa i Zegrza wykonały 573 wylotów do stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego, w tym 492 pacjentów zostało dostarczonych do szpitala. Pozostałe wyloty były związane m.in. z potrzebami ośrodków transplantologicznych i transportem między szpitalnym.

W 2012 r. na terenie województwa zachodniopomorskiego, 10 szpitali miało dostęp do miejsca startów i lądowań śmigłowców ratownictwa medycznego, w tym 3 szpitale posiadały tzw. przyszpitalne miejsca do startów i lądowań śmigłowców (SPSK nr 1 w Szczecinie, SPZZOZ w Gryficach, 107 Szpital Wojskowy w Wałczu). Pozostałe szpitale korzystały z lądowisk wojskowych, klubów lotniczych i obiektów sportowych.

System Powiadamiania Ratunkowego

W latach 2011-2012 nastąpiła dalsza reorganizacja systemu powiadamiania ratunkowego. Trwała dalsza redukcja ilości dyspozytorni medycznych. Już na koniec 2010 roku ich liczba zmalała do 8, a w 2012 roku do 3.

Od 1 sierpnia 2012 r. na terenie województwa funkcjonują 2 zintegrowane/skoncentrowane dyspozytornie medyczne z 10 stanowiskami dyspozytorskimi.

„Plan Działania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego Województwa Zachodniopomorskiego” zakłada, że system powiadamiania ratunkowego będzie oparty o dwie dyspozytornie medyczne zlokalizowane w Szczecinie i Kołobrzegu. Rolę koordynatora wojewódzkiego systemu powiadamiania ratunkowego pełni Wojewódzkie Centrum Powiadamiania Ratunkowego (WCPR) z siedzibą w Szczecinie.

Mapa nr 11. Lokalizacja i obszar działania dyspozytorni medycznych w 2012 r.



Źródło: Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki

Scentralizowane dyspozytornie medyczne funkcjonują w oparciu o nowoczesne systemy teleinformatyczne wspomagające zarządzanie zespołami ratownictwa medycznego, koordynację i monitorowanie działań ratowniczych oraz sprawne przesyłanie danych i bieżących informacji.

W wojewódzkim centrum koordynacji ratownictwa całodobowy dyżur pełni lekarz koordynator ratownictwa medycznego umiejscowiony w WCPR. Do jego zadań należy: nadzór merytoryczny nad pracą dyspozytorów medycznych, koordynacja współpracy dyspozytorów medycznych w przypadku zdarzeń wymagających użycia jednostek systemu spoza jednego rejonu operacyjnego oraz udzielanie dyspozytorom medycznym niezbędnych informacji i merytorycznej pomocy.

WNIOSKI:

1. **Ograniczono liczbę dyspozytorni medycznych do dwóch skoncentrowanych, zlokalizowanych w Szczecinie i Kołobrzegu.**
2. **Ograniczono liczbę funkcjonujących szpitalnych oddziałów ratunkowych z 11 do 7 ze względu na niespełnianie niektórych wymogów.**
3. **Kontynuowano usprawnianie funkcjonowania Zespołów Ratownictwa Medycznego poprzez system teletransmisji zapisu EKG, system lokalizacji ambulansów i wymianę ambulansów na nowe.**
4. **Modernizowano miejsca stacjonowania Zespołów Ratownictwa Medycznego (np. filia WSPR w Goleniowie).**
5. **Zwiększono liczbę zespołów ratownictwa medycznego z 77 do 79.**
6. **Zmniejszyła się liczba interwencji zespołów ratownictwa medycznego.**
7. **Wzrosła liczba wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego do wypadków.**
8. **Na terenie województwa funkcjonują dwie bazy Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, całoroczna w Goleniowie k/Szczecina i sezonowa w Zegrzu Pomorskim k/Koszalin.**

D. PROFILAKTYKA I PROMOCJA

Jednym z przyjętych zadań strategicznych w *Strategii sektorowej* jest stworzenie systemu rozwoju promocji zdrowia i profilaktyki. W badanym okresie profilaktyką i promocją zdrowia 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.

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.

Pomimo powyższych faktów wielu organizatorów ochrony zdrowia kontynuowało wcześniejsze zadania, inicjowało nowe lub współuczestniczyło w propozycjach programowych innych instytucji.

Samorząd województwa zachodniopomorskiego

Podobnie jak w przypadku poprzedniego okresu sprawozdawczego, w latach 2011-2012 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**”. „Zadania ...” nakreślają kierunki przyjętych działań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem priorytetowych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa zachodniopomorskiego.

Zakres współpracy przyjęty pomiędzy adresatami tej strategii, a także 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 do tworzenia koalicji i budowania idei partnerstwa na rzecz zdrowia.

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 2012 roku.

Wszystkie programy promocji zdrowia i profilaktyki realizowane przez samorząd województwa i zlecane instytucjom współpracującym odpowiadały priorytetom zdrowotnym i obszarom szczególnego zagrożenia zdrowotnego dla województwa zachodniopomorskiego.

W latach 2011-2012 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, pochn, cukrzyca, osteoartroza, osteoporoza)**
4. **Zapobiegania HIV/AIDS**
5. **Przeciwdziałania uzależnieniom: narkomania i alkoholizm – kompleksowy program**
6. **Promocji zdrowia psychicznego**
7. **Zapobiegania wypadkom, urazom i zatruciom**
8. **Promocji honorowego krwiodawstwa**
9. **Wspierania opieki hospicyjnej**
10. **Edukacji zdrowotnej dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym**

W szóstym okresie sprawozdawczym wydatki z budżetu województwa zachodniopomorskiego nieznacznie zmniejszyły się w stosunku do okresu poprzedniego. W sumie na przestrzeni lat 2001-2012 wydatkowano ponad 15 mln złotych. Szczegóły w tabeli poniżej.

Tab. 39. Finansowanie profilaktyki i promocji zdrowia przez samorząd województwa w zł w latach 2001-2012*

2001-2002	2003-2004	2005-2006	2007-2008	2009-2010	2011-2012	Razem
640 677	2 880 062	3 292 450	2 899 330	2 831 827	2 685 708	15 230 054

*łącznie z wydatkami dotyczącymi profilaktyki przeciwalkoholowej i narkomanii

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 15 045 387,30 zł. W porównaniu do poprzedniego okresu sprawozdawczego (kwota 16 939 986,45 zł) finansowanie profilaktycznych programów zdrowotnych zmniejszyło się o 1 894 599,15 zł. Szczegółowy podział wydatkowanych środków przez ZOW NFZ na poszczególne programy zamieszczono w tabeli 40.

Tab. 40. Finansowanie profilaktycznych programów zdrowotnych przez ZOW NFZ 2011-2012 w zł

Nazwa programu	Kwota wydatkowana w	
	2011	2012
Program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy	4 466 862,00	4 937 076,00
Program profilaktyki raka piersi – etap pogłębionej diagnostyki	200 980,00	220 327,00
Program profilaktyki raka szyjki macicy– etap diagnostyczny	1 135 464,00	1 052 808,00
Program profilaktyki raka szyjki macicy– etap pogłębionej diagnostyki	13 409,60	15 981,70
Program badań prenatalnych	1 496 205,20	1 458 592,80
Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP) – etap podstawowy	14 406,00	10 848,00
Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP) etap specjalistyczny	14 130,00	9 297,00
Razem	7 341 456,80	7 703 930,50

Oprac. Wydział Zdrowia na podstawie danych z 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 w zdrowiu 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- Epidemiologiczna 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.



W II Zachodniopomorskim Forum Samorządowym Profilaktyki i Promocji Zdrowia

udział wzięli przedstawiciele jednostek samorządu terytorialnego zajmujący się zagadnieniami z zakresu ochrony zdrowia. Przedstawiono m.in. program wczesnego wykrywania zaburzeń widzenia prowadzących do inwalidztwa wzrokowego, skierowanego do dzieci w wieku 1-6 lat. Poruszane były także zagadnienia z zakresu opieki hospicyjnej, zagrożeń zdrowotnych związanych z podróżą do strefy tropikalnej oraz profilaktyki oparzeń i edukacji w zakresie udzielania pierwszej pomocy w przypadku oparzenia. Przedstawiono programy profilaktyki finansowane przez Zachodniopomorski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia. Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespólny w Szczecinie wskazał wyzwania i perspektywy transplantacji w województwie zachodniopomorskim. Również Komenda Miejska Policji przedstawiła programy i akcje profilaktyczne realizowane przez policjantów. Przedstawiciel Stowarzyszenia Onkologii Szczecineckiej przedstawił program profilaktyki zakażeń wirusami HPV.

W roku 2012, III Zachodniopomorskie Forum Samorządowe Profilaktyki i Promocji Zdrowia zmieniło charakter z konferencji na warsztaty edukacyjne oraz imprezę plenerową. Tematyka warsztatów była poświęcona projektowaniu i ocenie samorządowych programów zdrowotnych. Natomiast na Jasnych Błoniach w Szczecinie odbyła się „Majówka na Zdrowie”. Zorganizowano tam m.in. „szpital lali i misia”, gdzie każde dziecko mogło przez chwilę zostać lekarzem oraz nauczyć się udzielania pierwszej pomocy. Dorośli korzystali z bezpłatnych porad

specjalistów, w tym m.in. onkologa, dermatologa, neonatologa, alergologa, pulmonologa, nefrologa oraz badań profilaktycznych – pomiarów cukru we krwi, spirometrii, pomiarów ciśnienia tętniczego krwi, pomiarów masy ciała i wzrostu. Również badania mammograficzne, wykonywane w mammobusie Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii odniosły sukces - aż 70 pań w wieku 50 -69 lat wykonało profilaktyczne badanie wczesnego wykrywania raka piersi. Można było zwiedzić wnętrze ambulansu, a także poprobować własnych sił w udzielaniu pierwszej pomocy na fantomach pod czujnym okiem ratowników Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego. Podczas „Majówki” zwrócono również uwagę na problemy zdrowotne związane z wadami postawy – pracownicy Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy - Zachodniopomorskiego Centrum Leczenia i Profilaktyki prowadzili warsztaty ortopedyczne, a także wykonywali bezpłatną ocenę postawy.

Samorządy powiatowe

W VI 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 profilaktyki i promocji zdrowia. Tylko 7 z 18 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 na lata 2009-2013”,
4. powiat szczecinecki - „Powiatowy Program Promocji Zdrowia i Profilaktyki”, Powiatowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Mieszkańców Powiatu Szczecineckiego na lata 2011-2015,
5. powiat świdwiński - „Powiatowy Program Działań na Rzecz Osób Niepełnosprawnych”,
6. powiat gryfiński - Lokalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Powiatu Gryfińskiego na lata 2011-2015,
7. powiat myśliborski - Strategia Zrównoważonego Rozwoju Powiatu Myśliborskiego na lata 2004-2013.

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 2011 – 2012 (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 piersi,
- choroby przewlekłe, w tym głównie cukrzyca,
- choroby układu krążenia,
- zapobieganie HIV/AIDS,
- zapobieganie nadwadze i otyłości, zapobieganie wadom postawy,
- zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Samorzady wspierały również organizacje pozarządowe w realizacji zadań publicznych poprzez ich wsparcie lub powierzenie. Z przeprowadzanej ankietyzacji wynika, że 47% samorządów powiatowych, które udzieliły odpowiedzi wspierało lub powierzało realizację zadań publicznych.

Z samorządów powiatowych i miast grodzkich największą aktywnością w latach 2011 - 2012 wykazało się:

- **miasto Szczecin**, na wsparcie organizacji pozarządowych wydatkowało kwotę 1 106 662 zł. Łącznie wsparciem objęto 26 organizacji pozarządowych, które realizowały zadania m.in. z zakresu: profilaktyki i promocji zdrowia wśród dzieci z zaburzeniami rozwojowymi, rehabilitacją dzieci i młodzieży niepełnosprawnej z uszkodzonym narządem wzroku, profilaktyką cukrzycy, edukacją i wczesną rehabilitacją kobiet po zabiegach onkologicznych piersi, wspieraniem opieki paliatywnej, udzielaniem pierwszej pomocy, aktywizacji seniorów, walki ze stresem.
- **powiat stargardzki** udzielił wsparcia finansowego 8 organizacjom w kwocie 79 000 zł. Wsparcie dotyczyło zadań związanych z: profilaktyką chorób układu krążenia, chorób nowotworowych, zmniejszenia szkód powodowanych alkoholem, w zakresie używania substancji psychoaktywnych, stosowania pierwszej pomocy, wspierania rozwoju fizycznego, propagowania honorowego krwiodawstwa,.
- **powiat kołobrzeski** – udzielenie wsparcia finansowego 4 organizacjom pozarządowym na łączną kwotę 25 000 zł. Zadania objęte wsparciem finansowym dotyczyły obszarów: ochrony i promocji zdrowia, profilaktyki wysiękowego zapalenia ucha środkowego u dzieci w wieku wczesnoszkolnym, profilaktyki raka piersi, promocji zdrowia psychicznego.

Do innych powiatów wspierających działalność organizacji pozarządowych należały: miasto Świnoujście, powiat łobeski, szczecinecki, wałecki i policki. Głównymi obszarami wsparcia były: choroby nowotworowe, choroby przewlekłe, profilaktyka i promocja zdrowia, opieka hospicyjna, pierwsza pomoc, honorowe krwiodawstwo, 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 samorzady powiatowe w szóstym okresie sprawozdawczym wynosiły 1 269 471 złotych.

Samorzady gminne

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

Wyniki ankietyzacji wskazują, że nieliczne samorzady gminne posiadają opracowany lokalny program w zakresie realizacji profilaktyki i promocji zdrowia. Wśród gmin, które zwróciły ankietę tylko 17 % 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.

Podejmowane działania o charakterze profilaktycznym i promocji zdrowia najczęściej dotyczyły obszarów chorób nowotworowych, chorób przewlekłych, walki z otyłością i zaburzeniami psychicznymi, a także szczepień ochronnych.

Jednocześnie warto zwrócić uwagę, że największą wartość dofinansowania osiągnęły programy profilaktyki raka piersi oraz programy promujące aktywność fizyczną, zapobiegające otyłości. Za przykład można podać:

- UM Moryń – realizacja „Programu wczesnego wykrywania raka piersi” oraz tworzenie ośrodków rekreacji i sportu, szkolnych kół i klubów sportowych, podejmowanie działań prozdrowotnych. Programy zostały zrealizowane z inicjatywy własnej gminy, na które przeznaczono kolejno 183 454 zł, 52 014 zł oraz 282 000 zł.
- UM Nowogard – z inicjatywy własnej zrealizowano program pn.: „Profilaktyka i Promocja Zdrowia Dzieci i Młodzieży Szkolnej z Gminy Nowogard” na łączną kwotę 214 745 zł.

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

- UM Myślibórz – realizacja programów na kwotę 763 535,77 zł
- UM Moryń – realizacja 4 programów na łączną kwotę 517 468 zł
- UG Mielno – realizacja 6 programów na kwotę 125 570 zł.

Tylko 21 % samorządów gminnych, które udzieliły odpowiedzi wspierało lub powierzało realizację zadań publicznych organizacjom pozarządowym, głównie gminy:

- UM Stargard Szczeciński – organizacje pozarządowe otrzymały wsparcie finansowe na łączną kwotę 2 670 519,19 zł, z czego 391 200 zł przeznaczono na realizację zadań związanych z problemem alkoholowym.
- UG Malechowo – realizacja zadań na łączną kwotę 210 000 zł.
- UM Szczecinek - wydatkowano kwotę 185 501,56 zł na realizację zadań z zakresu chorób przewlekłych, chorób nowotworowych, kształtowania prawidłowych nawyków żywieniowych, profilaktyki raka szyjki macicy – szczepienia przeciw wirusowi HPV.

Globalna kwota wydatkowana przez samorzady gminne na wspieranie lub powierzanie realizacji zadań publicznych w VI okresie sprawozdawczym wynosiła 3 769 061,75 zł.

WNIOSKI:

1. **Systematycznie wzrasta zainteresowanie obszarem profilaktyki i promocji zdrowia w jednostkach samorządu terytorialnego.**
2. **Jednostki samorządu terytorialnego kontynuowały zadania lub wprowadzały nowe projekty. Jednak najbardziej popularne było współuczestnictwo samorządów w gotowych programach innych instytucji.**
3. **W porównaniu do poprzedniego okresu rozliczeniowego Narodowy Fundusz Zdrowia nie finansował programu profilaktyki chorób układu krążenia oraz programu profilaktyki gruźlicy.**
4. **Województwo Zachodniopomorskie kontynuowało organizację Zachodniopomorskiego Forum Samorządowego Profilaktyki i Promocji Zdrowia – inicjatywy mającej na celu promocję zdrowia i działań zmierzających do zwiększenia potencjału zdrowotnego mieszkańców Regionu.**
5. **W większości gminy i powiaty nie posiadają opracowanych strategii działań profilaktycznych.**
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, szczepienia ochronne, zaburzenia psychiczne oraz otyłość i zaburzenia rozwojowe u dzieci.**

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 było utworzenie z dniem 1 października 2011 roku Oddziału Nauczania w Języku Angielskim oraz zmiana nazwy Wydziału Lekarskiego na Wydział Lekarski z Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim.

W latach 2011 – 2012 powstał również nowy kierunek studiów: Zawodowe Kształcenie Podyplomowe w Zakresie Analityki Medycznej.

Liczba absolwentów w szóstym okresie sprawozdawczym wykazuje wzrost w stosunku do okresów poprzednich. Pomorski Uniwersytet Medyczny w latach 2011 - 2012 ukończyło 1 872 absolwentów. Szczegółowa informacja została zawarta w tabeli 41.

Tab.41. Liczba absolwentów Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w VI okresie sprawozdawczym.

Nazwa Wydziału	2011	2012
Wydział Lekarski z Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim	174	161
Wydział Lekarsko - Stomatologiczny	78	103
Wydział Nauk o Zdrowiu	679	585
Wydział Lekarsko-Biotechnologiczny i Medycyny Laboratoryjnej	37	55
Razem	968	904

Źródło: Opracowanie Wydziału Zdrowia na podstawie danych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

W analizowanym okresie zostało nadanych 132 nowych stopni doktorskich, z tego 64 na Wydziale Lekarskim z Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim, 27 na Wydziale Lekarsko – Stomatologicznym, 2 na Wydziale Lekarsko-Biotechnologicznym i Medycyny Laboratoryjnej i 39 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. 42. 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	17.04.2009 - 31.08.2014	7 520 340 zł	100% dotacji rozwojowej
2.	„Przedsiębiorczy profesjonalista w polskim systemie zdrowia publicznego”	Europejski Fundusz Społeczny w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007 - 2013	01.02.2010 - 31.01.2015	1 479 672 zł	100% dotacji rozwojowej
3.	„Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych”	Europejski Fundusz Społeczny w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007 - 2013	01.10.2009 - 30.06.2010	2 798 630,02 zł	100% dotacji rozwojowej
4.	„Dietetyk – poszukiwany specjalista w systemie promocji i ochrony zdrowia”	Europejski Fundusz Społeczny w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007 - 2013	01.10.2009 - 30.06.2015	2 475 143,80 zł	100% dotacji rozwojowej
5.	„Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności tj. onkologów, kardiologów i lekarzy medycyny pracy”	Unia Europejska w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego	06.06.2011 - 28.09.2011	154 830 zł	100% dotacji rozwojowej
6.	„Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności tj. onkologów, kardiologów i lekarzy medycyny pracy”	Unia Europejska w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego	11.06.2012 - 26.09.2012	159 929,97 zł	100% dotacji rozwojowej

Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie ankietyzacji

Szkolnictwo medyczne

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

1. Zachodniopomorskiego Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Szczecinie,
2. Zespołu Szkół Medycznych w Świnoujściu.

W analizowanym, szóstym okresie sprawozdawczym odnotowano zmiany w strukturze szkół medycznych. Zaprzestano 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 sześciu okresach sprawozdawczych.

Tab. 43. Liczba absolwentów szkół medycznych w sześciu okresach sprawozdawczych

Zawód	I okres	II okres	III okres	IV okres	V okres	VI okres
pielęgniarka	83	65	0	0	z*	z*
położna	20	21	0	0	z*	z*
technik analityki medycznej	41	43	48	0	z*	z*
technik elektroradiolog	14	42	42	46	38	16
ratownik medyczny	83	143	177	141	89	72
terapeuta zajęciowy	28	129	230	114	64	42
technik fizjoterapii	171	233	280	138	0	0
technik dentystryczny	25	46	50	47	45	25
technik ortopeda	0	36	38	38	52	0
opiekunka dziecięca	202	18	18	0	0	0
technik farmaceutyczny	47	43	48	50	57	128
technik masażysta	0	16	64	233	124	152
opiekunka środowiskowa	0	23	37	0	0	53
pracownik socjalny	145	127	139	44	0	112
asystent osoby niepełnosprawnej	0	29	35	58	27	52
opiekun w DPS	0	23	14	31	0	7
Razem	859	1 037	1 244	940	561	659

z* - zaprzestano kształcenia

Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie ankietyzacji

W latach 2011-2012 nie odnotowano absolwentów na kierunkach technik fizjoterapii, technik ortopeda oraz opiekunka dziecięca.

Staże podyplomowe lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych

Jednym z zadań samorządu województwa jest organizacja i zapewnienie odbycia stażu podyplomowego dla lekarzy medycyny i lekarza dentysty oraz pielęgniarek i położnych wraz z finansowaniem tych zadań.

Do końca 2008 r. organizacja staży podyplomowych była zadaniem samorządu finansowanym ze środków budżetu państwa. W związku ze zmianą ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz po zmianie innych ustaw od 2009 r. staże podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów finansowane są ze środków Funduszu Pracy. W VI 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 2011 r. wydatkowano środki finansowe w wysokości 8 425 855,62 zł w ramach których staż odbyło 415 stażystów, z tego 288 lekarzy medycyny oraz 127 lekarzy dentystów. Prawo do wykonywania zawodu otrzymało 204 stażystów, z tego: 130 lekarzy medycyny i 74 lekarzy dentystów. W 2012 r. w ramach wydatkowanej kwoty 9 240 155,97 zł realizację stażu podyplomowego zapewniono dla 427 stażystów: 308 lekarzy medycyny oraz 119 lekarzy dentystów. Po zakończeniu stażu prawo wykonywania zawodu otrzymało 207 stażystów, w tym: 158 lekarzy medycyny oraz 49 lekarzy dentystów.

Tab. 44. Liczba stażystów , którzy otrzymali prawo wykonywania zawodu w sześciu okresach sprawozdawczych

Zawód	I okres	II okres	III okres	IV okres	V okres	VI okres
Lekarz medycyny	518	218	143	232	255	288
Lekarz dentysta	243	98	118	106	110	123
Pielęgniarki i położne	327	113	106	10	1	0

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 pielęgniarzkich 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. Natomiast w latach 2011-2012 staże odbyło jedynie 411 lekarzy.

Specjalizacje w poszczególnych dziedzinach medycyny w województwie zachodniopomorskim

Aktualnie zadania związane z kształceniem podyplomowym personelu medycznego: lekarzy, lekarzy dentyistów, magistrów farmacji oraz pracowników z wyższym wykształceniem w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia realizuje Oddział Nadzoru i Kształcenia w Ochronie Zdrowia 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 VI okresie sprawozdawczym wykazuje wzrost w stosunku do V okresu sprawozdawczego.

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

Tab.45. Liczba uzyskanych specjalizacji lekarskich w pięciu kolejnych okresach sprawozdawczych*

Specjalizacje lekarskie	Okres sprawozdawczy				
	II okres	III okres	IV okres	V okres	VI okres
Lekarz medycyny	202	204	244	245	247
Lekarz dentyista	-	12	27	4	22
Inni	-	2	4	5	2
Ogółem:	202	218	275	254	271

* dotyczy tylko nowego trybu

Oprac. Wydział Zdrowia UM na podstawie ankietyzacji

WNIOSKI:

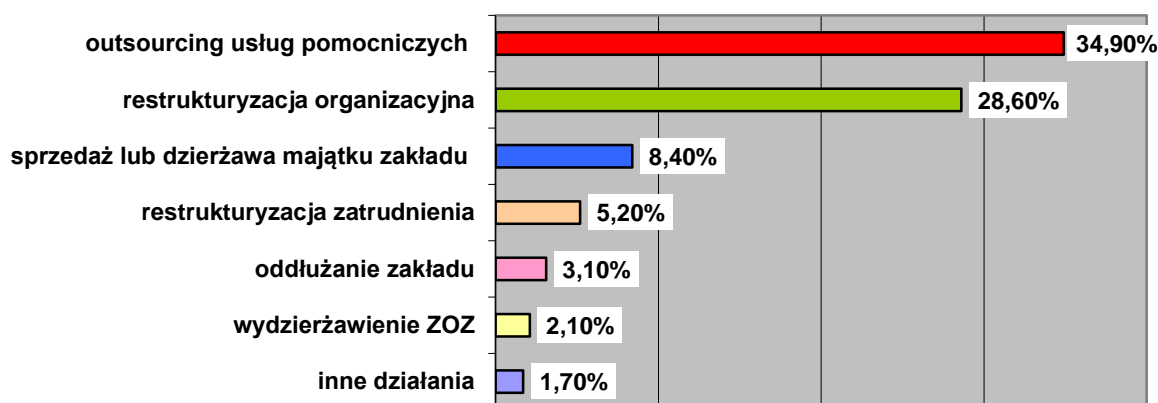
1. W strukturach Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego utworzono Oddział Nauczania w Języku Angielskim oraz nastąpiła zmiana nazwy Wydziału Lekarskiego na Wydział Lekarski z Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim.
2. W latach 2011 – 2012 na Pomorskim Uniwersytecie Medycznym powstał nowy kierunek studiów: Zawodowe Kształcenie Podyplomowe w Zakresie Analityki Medycznej.
3. W policealnych szkołach medycznych zaprzestano kształcenia na kierunkach: pielęgniarstwa, położnictwa, technik analityki medycznej.
4. Nie odnotowano absolwentów policealnych szkół medycznych na kierunkach: technik fizjoterapii, technik ortopeda, opiekunka dziecięca.
5. Lekarze dentyści uzyskali większą liczbę specjalizacji, natomiast lekarze medycyny podobnie do poprzedniego okresu.
6. Nie zarejestrowano zakłóceń w realizacji staży podyplomowych lekarzy i lekarzy dentyistów.

F. PRZEKSZTAŁCENIA WŁASNOŚCIOWE I POLITYKA INWESTYCYJNA

W latach 2011-2012 dynamika przekształceń własnościowych, szczególnie wśród jednostek wysokospecjalistycznych o znaczeniu regionalnym, znacząco spadła. Przyczyną tego zjawiska było, zarówno intensywne wdrożenie zmian restrukturyzacyjnych w latach 2000-2010, jak i brak przepisów prawnych, które umożliwiłyby bezpośrednią zmianę ich formy prawnej z pominięciem aktu likwidacji publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Dopiero wejście w życie ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz od 2012 roku rozporządzeń wykonawczych, dało podstawy do komercjalizacji placówek bez likwidacji, co może spowodować podejmowanie takich decyzji w okresach przyszłych.

W analizowanym okresie aż 47% zakładów opieki zdrowotnej województwa zachodniopomorskiego nie podjęło żadnych działań restrukturyzacyjnych. Udział jednostek realizujących poszczególne działania restrukturyzacyjne na podstawie wyników ankietyzacji przedstawia wykres poniżej.

Wyk.25. Działania restrukturyzacyjne w latach 2011-2012



Źródło: opracowanie Wydziału Zdrowia UM na podstawie danych z ankiet

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 okresie 2011-2012, miały na celu usprawnienie funkcjonujących struktur, podniesienie jakości i efektywności pracy oraz unowocześnienie bazy lokalowo-sprzętowej. Głównym celem zmian

wprowadzanych w okresie 2011-2012 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

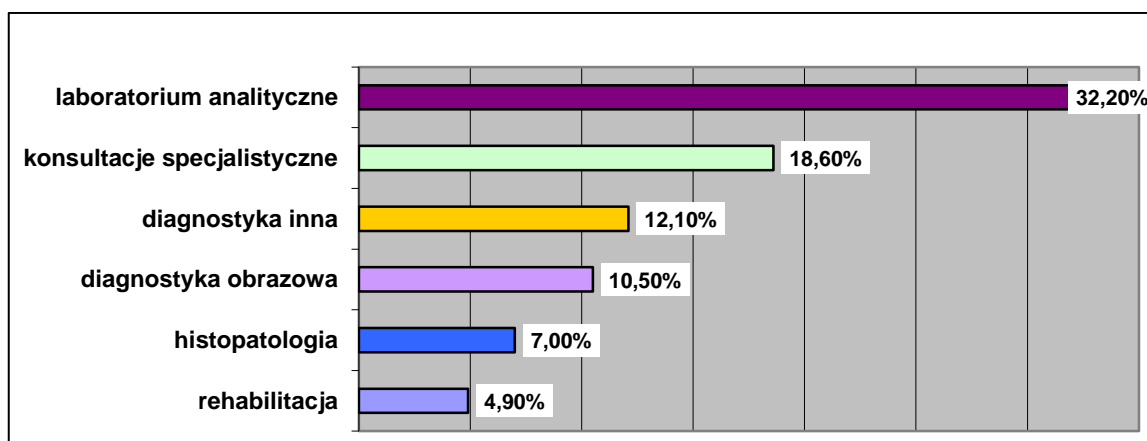
Najczęściej podejmowaną formą działań restrukturyzacyjnych w zakładach opieki zdrowotnej województwa zachodniopomorskiego w latach 2011-2012 był podobnie jak w poprzednim okresie monitorowania, outsourcing usług pomocniczych, zarówno medycznych, jak i niemedycznych, kontynuowanie działań polegających 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: laboratorium analitycznego – 32,2%, konsultacji specjalistycznej – 18,6% oraz diagnostyki innej niż obrazowa – 12,1%. Udział jednostek zlecających poszczególne usługi pomocnicze medyczne podmiotom zewnętrznym przedstawia wykres.

Wyk.26. Usługi pomocnicze medyczne zlecone na zewnątrz w latach 2011-2012



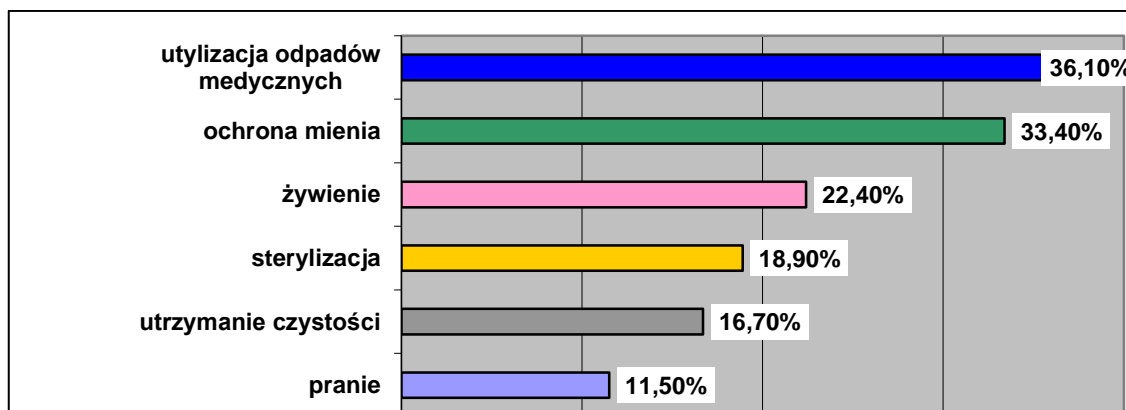
Źródło: opracowanie Wydziału Zdrowia UM na podstawie danych z ankiet

Jednostki wojewódzkie, powiatowe oraz kliniczne i resortowe najczęściej wprowadzały outsourcing laboratoriów – 26,2% tych jednostek, natomiast jednostki gminne oraz gminy

na prawach powiatu – outsourcing usług diagnostycznych, w tym zarówno diagnostyki obrazowej, jak i pozostałej – 83,1% tych jednostek.

W zakresie usług niemedyceńskich największy odsetek zleconych na zewnątrz dotyczył: utylizacji odpadów medycznych – 36,1%, ochrony mienia – 33,4% oraz usług żywienia – 22,4%. Udział jednostek, zlecających poszczególne usługi pomocnicze niemedyceńskie podmiotom zewnętrznym przedstawia wykres 27.

Wyk.27. Usługi pomocnicze niemedyceńskie zlecone na zewnątrz w latach 2011-2012



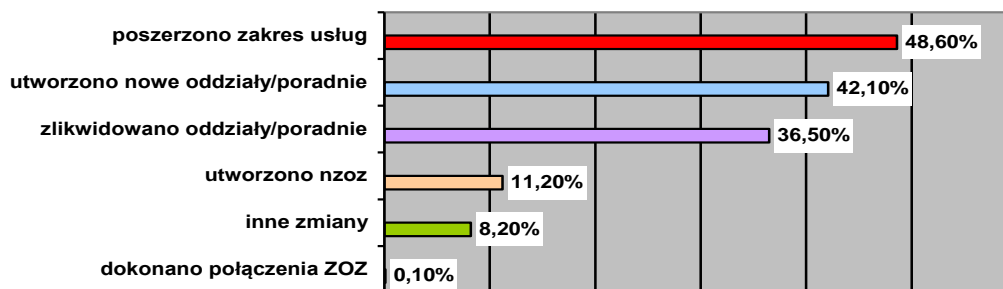
Źródło: opracowanie Wydziału Zdrowia UM na podstawie danych z ankiet

Jednostki wojewódzkie, powiatowe oraz kliniczne i resortowe najczęściej wprowadzały outsourcing utylizacji odpadów medycznych -17,9% tych jednostek. Jednostki gminne oraz gminy na prawach powiatu najczęściej zlecały na zewnątrz usługi utylizacji odpadów medycznych – 32,1% tych jednostek oraz usługi ochrony mienia – 22,7% tych jednostek.

Przekształcenia

W wyniku zrealizowanych działań restrukturyzacyjnych w latach 2011-2012 dokonały się zmiany w strukturze zakładów opieki zdrowotnej województwa zachodniopomorskiego, związane z poszerzeniem lub zmniejszeniem zakresu realizowanych świadczeń zdrowotnych i usług medycznych oraz utworzeniem lub likwidacją oddziałów i poradni. Udział jednostek z uwagi na dokonane zmiany w strukturze ZOZ w latach 2011-2012 przedstawia wykres 28.

Wyk.28. Zmiany dokonane w strukturze ZOZ w latach 2011-2012



Źródło: opracowanie Wydziału Zdrowia UM na podstawie danych z ankiet

W jednostkach wojewódzkich, powiatowych oraz klinicznych i resortowych najczęstsze zmiany dotyczyły poszerzenia zakresu realizowanych świadczeń zdrowotnych i usług medycznych – 62,3% jednostek, a także utworzenia nowych oddziałów i poradni – 49,8%. Jednocześnie w tych jednostkach zaznaczył się wysoki odsetek likwidacji oddziałów i poradni – 31,0%. W strukturze jednostek gminnych i gminy na prawach powiatu zasadnicze zmiany polegały na utworzeniu niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej (nzoż), który przejął kontynuację dotychczasowych całkowitych lub częściowych zadań jednostki – 24,8% jednostek.

Wdrażane w latach 2011-2012 procesy przekształceń w ochronie zdrowia miały za zadanie konsolidację realizowanych zadań bez pogorszenia dostępności, jakości i zakresu realizowanych świadczeń zdrowotnych.

Brak wystarczających podstaw prawnych pozwalających na bezpośrednie przekształcenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej ograniczył procesy przekształceń własnościowych w szpitalach 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.

Przekształceniom w spółki podlegały w szczególności nieliczne samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej o trudnej sytuacji ekonomicznej, prowadzące działalność ze stratą i nierokujące szans na poprawę wyniku finansowego.

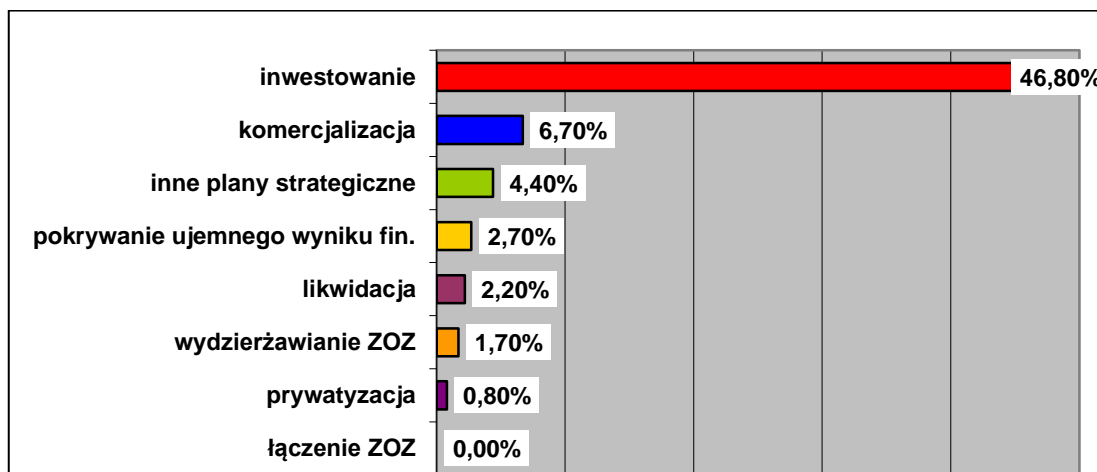
Plany strategiczne

Spośród wskazanych planów strategicznych jednostek podstawowym kierunkiem podjętych decyzji było inwestowanie – 46,8% jednostek, następnie komercjalizacja, czyli przekształcanie SPZOZ w spółki kapitałowe, którą wykazało 6,7% jednostek, inne plany strategiczne (np. dzierżawa majątku, zbycie udziałów w spółce, dostosowanie pomieszczeń i urządzeń do wymogów fachowo-sanitarnych) – 4,4% jednostek, pokrywanie ujemnego wyniku finansowego – 2,7%, likwidacja – 2,2%, wydzierżawianie ZOZ podmiotowi zewnętrznemu –

1,7%, prywatyzacja – 0,8%. Żadna z jednostek nie wskazała w planach strategicznych łączenia (konsolidacji) ZOZ.

Udział jednostek ze względu na podjęte decyzje (plany strategiczne) przedstawia wykres 29.

Wyk.29. Decyzje (plany strategiczne) ZOZ podjęte w latach 2011-2012

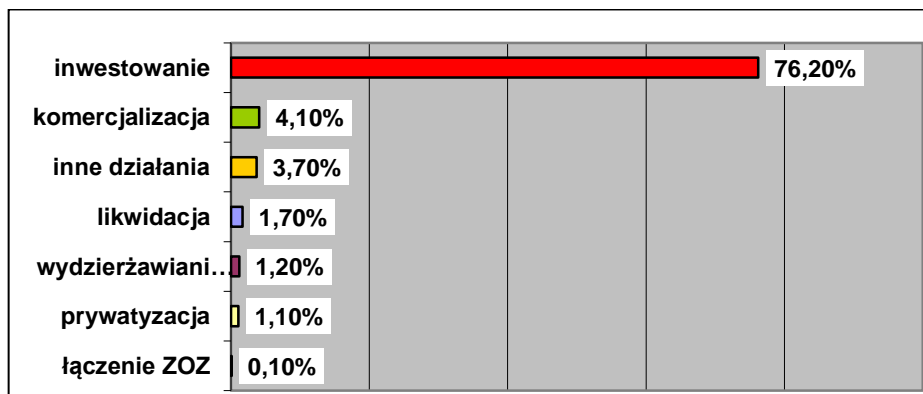


Oprac. Wydział Zdrowia UMWZ na podstawie ankietyzacji

Wśród jednostek wojewódzkich, powiatowych, resortowych i klinicznych aż 89% podejmowało decyzje o inwestowaniu. Wśród placówek gminnych i gminy na prawach powiatu w analizowanym okresie 20% podejmowało plany strategiczne dotyczące prywatyzacji tych jednostek.

W analizowanym okresie jednostki podejmowały działania związane z realizacją wytyczonych planów strategicznych. Najczęściej podejmowanym działaniem w podmiotach leczniczych województwa zachodniopomorskiego w latach 2011-2012, zgodnie z założonymi planami inwestycyjnymi było inwestowanie – 76,2%. Udział jednostek ze względu na podjęte działania zgodnie z wytyczonymi planami strategicznymi przedstawia wykres 30.

Wyk.30. Działania ZOZ podjęte w latach 2011-2012



Oprac. Wydział Zdrowia UMWZ na podstawie ankietyzacji

Polityka inwestycyjna

Bardzo ważnym celem Samorządu Województwa Zachodniopomorskiego w szóstym okresie sprawozdawczym była polityka inwestycyjna. Dzięki podjętym decyzjom możliwe było oddziaływanie na procesy odtwarzania i powiększania wartości kapitału trwałego, mające 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 i poprawie rentowności prowadzonej działalności.

Strategia sektorowa w ochronie zdrowia w województwie zachodniopomorskim wyznaczyła następujące zadania w zakresie polityki inwestycyjnej, które w szóstym okresie sprawozdawczym nie straciły na znaczeniu:

- 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 najszerze 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.

W szóstym okresie sprawozdawczym, w porównaniu z poprzednimi okresami monitorowania odnotowano podobne tendencje w alokacji środków, przy czym bieżący okres charakteryzował się naciskiem na poszukiwania i aplikację środków zewnętrznych oraz dokończenie już rozpoczętych projektów dofinansowanych ze środków unijnych. Znaczenie tych projektów znacznie wykraczało poza region.

Ogółem w województwie zachodniopomorskim w latach 2011-2012 realizowano **zadania i zakupy inwestycyjne** o łącznej wartości kosztorysowej równej 549 502 489 zł, z czego 90 930 720 zł stanowiły nakłady na zadania inwestycyjne i modernizacyjne, 67 641 940 zł nakłady na zakupy inwestycyjne, a 307 866 653 zł to wartość kosztorysowa projektów z udziałem środków UE, zaś 83 063 176 zł to wartość kosztorysowa inwestycji realizowanych z udziałem środków pozaunijnych np. PFRON, Wojewódzki lub Narodowy Fundusz Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej.

Analiza bieżącego okresu sprawozdawczego w porównaniu z piątym wykazała iż o 12% zmniejszyła się wartość realizowanych zadań. Spadek ten może dowodzić, że intensyfikacja działań podmiotów tworzących i samych jednostek ochrony zdrowia, w poprzednich okresach zaczęła przynosić realne efekty w postaci poprawy stanu infrastruktury ochrony zdrowia. O około 20% zmniejszyły się nakłady samorządów i zakładów opieki zdrowotnej na zadania

wykonywane w ramach środków budżetów tych jednostek i o około 25% w zakresie realizowanych projektów UE, natomiast bardzo znaczący wzrost nastąpił w realizacji zadań ze środków pozaunijnych (400%). Dowodzi to przede wszystkim aktywności jednostek ochrony zdrowia w zakresie poszukiwania środków pozabudżetowych i znacząco lepszej umiejętności alokacji posiadanych środków, aby maksymalnie zwiększać ich efektywność.

Wartości wymienione powyżej oznaczają poniesione nakłady w okresie sprawozdawczym w zakresie zadań inwestycyjnych i zakupów sprzętu, natomiast w zakresie realizacji zadań z udziałem środków UE i poza UE są to wartości kosztorysowe zadań będących w okresie 2011 – 2012 w realizacji, podane w kwestionariuszach ankiet.

Zadania i zakupy inwestycyjne

Na podstawie wypełnionych ankiet stwierdzić można, iż w latach 2011-2012 w województwie zachodniopomorskim na **zadania i zakupy inwestycyjne** w ochronie zdrowia wydatkowano 158 572 660 zł. Z kwoty wskazanej globalnie jednostki samorządu terytorialnego wydatkowały 131 719 613 zł, z czego 79% stanowiły wydatki województwa, 7,5% wydatki powiatów, zaś 13,5% wydatki gmin. Kwota 26 853 047 zł była w dyspozycji jednostek resortowych i szpitali klinicznych.

W szóstym okresie sprawozdawczym środki przeznaczone na **zadania inwestycyjne** stanowiły 56,5% kwoty ogółem przeznaczonej na zadania i zakupy inwestycyjne (158 572 660 zł), co wynosiło 90 930 720 zł. Głównym celem zadań inwestycyjnych, w tym okresie sprawozdawczym było dostosowanie bazy lokalowo-sprzętowej do obowiązujących przepisów prawnych, ponadto podniesienie jakości świadczeń zdrowotnych. **Zakupy inwestycyjne** stanowiące 43,5% całości nakładów na zadania i zakupy inwestycyjne wynosiły 67 641 940 zł. Zakupy były przeznaczone głównie na poprawę jakości świadczonych usług i unowocześnienie sprzętu medycznego. W porównaniu do poprzednich okresów sprawozdawczych jednostki samorządu terytorialnego oraz zakłady opieki zdrowotnej położyły większy nacisk na poprawę warunków udzielania świadczeń. Działania te dotyczyły wojewódzkich, resortowych oraz klinicznych placówek wyspecjalizowanych.

Wśród najistotniejszych **zadań inwestycyjnych** zrealizowanych ze środków budżetowych jednostek samorządu terytorialnego lub zakładów opieki zdrowotnej wymienić należy:

- kontynuacja Rozbudowy Szpitala Dziecięcego SPSZOZ „ZDROJE” w Szczecinie – utworzenie Zachodniopomorskiego Centrum Opieki nad Kobiętą i Dzieckiem;
- Modernizacja Oddziału Ginekologiczno – Położniczego i Oddziału Pediatrycznego w Regionalnym Szpitalu w Kołobrzegu;
- Rozbudowa z przebudową Oddziału Intensywnej Terapii w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach;

- Budowa siedziby Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie Filia w Goleniowie,
- otwarcie Centrum Diagnostyki i Terapii Nowotworów Piersi w Zachodniopomorskim Centrum Onkologii w Szczecinie.

W okresie 2011-2012, zakłady opieki zdrowotnej dokonały zakupów sprzętu medycznego i aparatury na łączną kwotę 67 641 940 zł, tj. 43,5% całkowitej wartości wydatków na zakupy i zadania inwestycyjne (w okresie poprzednim 2009-2010 - 45%). Źródłem finansowania były: środki pochodzące z dotacji podmiotów tworzących, środki wypracowane z działalności i pochodzące ze źródeł zewnętrznych i darowizn.

Najwięcej na wyposażenie w nowoczesną aparaturę i sprzęt medyczny, bo 77,5% powyższej kwoty wydały szpitale wojewódzkie o ponadregionalnym zakresie działalności, dalej uplasowały się szpitale kliniczne i resortowe z wynikiem 20%, następnie jednostki powiatowe i zakłady gminne łącznie około 2,5%.

Najistotniejsze zakupy sprzętu i aparatury medycznej to:

- 12 ultrasonografów (Starostwo Szczecineckie 1 szt., Szpital Powiatowy w Choszcznie 2 szt., SPZZOZ w Gryficach 1 szt., Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie 2 szt., SP Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie 1 szt., Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie 2 szt., SPSZOZ „ZDROJE” 2 szt., Specjalistyczny Szpital im. Prof. A. Sokołowskiego w Szczecinie),
- 3 mammografy (SPZZOZ w Gryficach, Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie 2 szt.);
- 10 aparatów RTG (Miasto Nowogard 2 szt., 109 Szpital Wojskowy w Szczecinie 2 szt., 107 Szpital Wojskowy w Wałczu, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 PUM w Szczecinie, Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie, SP Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie, Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie, Specjalistyczny Szpital im. Prof. A. Sokołowskiego w Szczecinie)
- 19 ambulansów (Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie).

Tab. 41 Dofinansowanie modernizacji, zakupów aparatury i sprzętu medycznego w V i VI okresie sprawozdawczym przez jednostki samorządu terytorialnego Województwa Zachodniopomorskiego

Jednostki samorządu terytorialnego	Zadania inwestycyjne		Zakupy inwestycyjne	
	V okres	VI okres	V okres	VI okres
Gminy	3 586 461 zł	2 511 250 zł	318 399 zł	93 000 zł
Powiaty	10 931 614 zł	4 207 355 zł	19 115 620 zł	6 541 388 zł

Województwo	85 695 398 zł	37 724 251 zł	42 440 624 zł	13 370 274 zł
RAZEM	100 213 473 zł	44 442 856 zł	61 874 643 zł	20 004 662 zł

Oprac. Wydział Zdrowia UMWZ na podstawie ankietyzacji

Analizując dane zestawione w powyższej tabeli, można stwierdzić, iż nakłady jednostek samorządu terytorialnego na dofinansowanie zadań i zakupów inwestycyjnych w ochronie zdrowia, w szóstym okresie sprawozdawczym w porównaniu do piątego okresu, zmniejszyły się. Fakt ten wynika z przesunięcia zaangażowania środków budżetowych z finansowania zadań w całości na rzecz dotowania udziału własnego przy aplikacji środków unijnych i pozaunijnych.

Dostosowanie do wymogów technicznych i fachowo-sanitarnych

Publiczne zakłady opieki zdrowotnej zobowiązane są do dostosowania się i spełniania szczegółowo określonych wymogów technicznych i fachowo-sanitarnych określonych w *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2012.739)*.

Ponadto kwestię dostosowania publicznych zakładów opieki zdrowotnej regulują również inne normy prawne narzucające spełnienie przez podmioty lecznicze wymagań w zakresie:

- specjalistycznych warunków sanitarno – fachowych, jakim muszą odpowiadać urządzenia i pomieszczenia zakładu opieki zdrowotnej o szczególnym przeznaczeniu np. pracownie diagnostyki obrazowej – *Prawo Atomowe*,
- 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 (odpady medyczne),
- informatyzacji ochrony zdrowia.

Stopień dostosowania jednostek ochrony zdrowia do obowiązujących przepisów przedstawiono w tabeli 42.

Tab. 42 Stopień dostosowania jednostek ochrony zdrowia z terenu województwa zachodniopomorskiego do wymogów technicznych i fachowo-sanitarnych

Jednostki samorządu terytorialnego	Wymogi fachowo - sanitarne	Wymagania przeciwpożarowe	Wymagania ogólnobudowlane	Warunki dotyczące ochrony środowiska
Gminy	90%	86%	82%	85%
Powiaty	73%	71%	74%	85%
Województwo	85%	83%	78%	95%
Jednostki resortowe i kliniczne	77%	82%	73%	93%

Oprac. Wydział Zdrowia UMWZ na podstawie ankietyzacji

Wśród jednostek wojewódzkich, powiatowych, resortowych i klinicznych oraz gminnych z roku na rok utrzymuje się tendencja wzrostowa stanu dostosowania bazy leczniczej do wymogów prawnych. Wskaźniki nie uległy diametralnym zmianom, ale zanotowano, niewielki w porównaniu z poprzednim okresem sprawozdawczym, wzrost dostosowania zakładów w każdej z 4 grup uwarunkowań. Najdynamiczniej wzrosło dostosowanie bazy lokalowej i sprzętowej ośrodków gminnych, nieco mniej dynamicznie realizowały wymagania prawne jednostki powiatowe i wojewódzkie. Wynika to również z faktu, iż zarówno w powiatach, jak też w jednostkach wojewódzkich realizowane były duże inwestycje modernizacyjne. Ich finalne zakończenie znacznie poprawi stopień dostosowania pomieszczeń jednostek do obowiązujących przepisów.

Pozyskanie środków w ramach funduszy unijnych i pozaunijnych

Na podstawie zebranych danych ankietowych określono, że jednostki samorządu terytorialnego oraz zakłady opieki zdrowotnej w latach 2011 – 2012 były w trakcie realizacji lub zrealizowały 21 projektów w zakresie promocji i ochrony zdrowia ze współfinansowaniem środków unijnych o łącznej wartości 307 866 653 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). Aktywne zaangażowanie i dotychczasowe doświadczenie w aplikacji środków przez

kadry jednostek ochrony zdrowia powoduje sprawniejsze poszukiwanie dodatkowych źródeł finansowania, jak również coraz biegłe zarządzanie projektami i ich rozliczanie.

W ramach funduszy unijnych aplikowano głównie o środki na:

- rozbudowę i przebudowę oraz modernizację posiadanej bazy lokalowej i infrastruktury technicznej Szpitali;
- projekty dotyczące telemedycyny;
- zakup nowoczesnego sprzętu diagnostycznego.

Fundusze unijne

Tab. 43 Realizacja projektów w ramach środków unijnych w jednostkach ochrony zdrowia z terenu województwa zachodniopomorskiego

Inwestycje ponadregionalne

Wartość projektu w zł	Fundusz	Przedmiot projektu	Jednostka
47 780 600	EFRR (RPO)	Centrum zabiegowe z zapleczem łóżkowym w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Szczecinie	SP WSZ w Szczecinie
44 500 000	EFRR (RPO)	Budowa i wyposażenie Centrum Diagnostyki i Terapii Nowotworów Piersi	Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie
59 487 400	EFRR (RPO)	Modernizacja Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie	Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie
80 780 900	EFRR (RPO)	Rozbudowa części środkowej budynku głównego wraz z dostosowaniem oddziałów chirurgicznych do wymogów fachowo-sanitarnych	Specjalistyczny Szpital im. A. Sokołowskiego w Szczecinie – Zdunowie
7 729 000	POIŚ	Przebudowa pomieszczeń dla klinik: Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej	SPSK nr 1 w Szczecinie

Inwestycje regionalne

Wartość projektu w zł	Fundusz	Przedmiot projektu	Jednostka
7 966 323	EFRR (RPO)	Budowa infrastruktury technicznej dla beneficjentów Województwa	Samodzielny Publiczny Zespół

		Zachodniopomorskiego – w celu zapewnienia dostępu do szerokopasmowego internetu	Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach
4 158 523	EFRR	Zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych Szpitala poprzez rozbudowę łączności	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach
8 010 542	EFRR	Telemedycyna w Euroregionie Pomerania – sieć Pomerania	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach
7 493 073	EFRR	Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa poprzez przebudowę i doposażenie istniejącego SOR	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach
2 240 082	EFRR	Telemedycyna w Euroregionie Pomerania – sieć Pomerania	Regionalny Szpital w Kołobrzegu
3 458 135	EFRR	Telemedycyna w Euroregionie Pomerania – sieć Pomerania	Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie
16 982 055	POIŚ	Przebudowa z rozbudową Szpitalnego Oddziału Ratunkowego wraz z zakupem wyrobów medycznych	Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie
1 864 225	POIŚ	Budowa łączności dla helikopterów na dachu skrzydła Szpitala w Szczecinie Zdunowie	Specjalistyczny Szpital im. A. Sokołowskiego w Szczecinie – Zdunowie
2 502 231	EFRR	Telemedycyna w Euroregionie Pomerania – sieć Pomerania	Specjalistyczny Szpital im. A. Sokołowskiego w Szczecinie – Zdunowie

Inwestycje lokalne

Wartość projektu w zł	Fundusz	Przedmiot projektu	Jednostka
257 538	EFRR (RPO)	Program profilaktyki diabetologiczno – kardiologicznej w Szczecinie wraz z zakupem sprzętu	Miasto Szczecin
444 756	EFRR (RPO)	Wzrost jakości i dostępności świadczeń	Miasto Szczecin

		zdrowotnych Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szkół Wyższych w Szczecinie wraz z zakupem sprzętu	
562 798	EFRR	Telemedycyna w Euroregionie Pomerania – sieć Pomerania	Starostwo Białogardzkie
1 185 261	EFRR	Telemedycyna w Euroregionie Pomerania – sieć Pomerania	Starostwo Szczecineckie
7 966 323	EFRR (RPO)	Budowa infrastruktury technicznej dla beneficjentów Województwa Zachodniopomorskiego – w celu zapewnienia dostępu do szerokopasmowego internetu	Starostwo Goleniowskie
462 556	POIŚ	Termomodernizacja obiektów użyteczności publicznej na terenie powiatów: Białogardzkiego, Drawskiego, Kołobrzeskiego, Koszalińskiego, Szczecineckiego i Świdwińskiego	Starostwo Szczecineckie
909 090	EFRR	Zwiększenie możliwości diagnostycznych i poprawa jakości zabiegów w efekcie zakupu sprzętu medycznego na potrzeby Szpitala Powiatowego w Barlinku	Szpital Powiatowy w Barlinku

Oprac. Wydział Zdrowia UMWZ na podstawie ankietyzacji

Fundusze pozaunijne

W analizowanym okresie sprawozdawczym zarówno podmioty lecznicze, jak i jednostki samorządu terytorialnego starały się pozyskiwać środki finansowe z funduszy pozaunijnych. Najczęściej projekty realizowane w ramach tego rodzaju środków zewnętrznych dotyczyły inwestycji w infrastrukturę obiektów szpitalnych w zakresie:

- poprawy jakości świadczonych usług medycznych poprzez dostosowanie i przebudowę pomieszczeń oraz zakup sprzętu;
- wzrostu efektywności energetycznej obiektów;
- poprawy jej dostępności dla osób niepełnosprawnych.

Szósty okres sprawozdawczy, w porównaniu do piątego różni się zasadniczo pod względem liczby zrealizowanych inwestycji i aktywności podmiotów leczniczych w poszukiwaniu środków pozabudżetowych i pozaunijnych. W latach 2011 –2012 prowadzono 25 projektów tego typu (poza inwestycją w Szpitalu w Zdrojach finansowaną z udziałem środków budżetu państwa) i były to np. termomodernizacja obiektów, remont pomieszczeń w celu dostosowania

do potrzeb osób niepełnosprawnych, projekty mające na celu usprawnienie zarządzania energią w jednostkach, itp.

Do powyższych projektów zaangażowano środki w ramach:

- Narodowego i Wojewódzkiego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej ;
- Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
- Ministerstwo Zdrowia
- Mechanizmy Finansowe: Norweski i Europejskiego Obszaru Gospodarczego
- Budżetu Państwa.

Zarówno jednostki wojewódzkie, resortowe, jak też powiatowe wykazały się bardzo dużą aktywnością przy aplikacji środków pozaunijnych.

Tab. 44. Realizacja projektów w ramach funduszy pozaunijnych w jednostkach ochrony zdrowia oraz jednostkach samorządu terytorialnego z terenu województwa zachodniopomorskiego

Wartość całkowita projektu w zł	Fundusz	Przedmiot projektu	Jednostka
4 850 000	MF EOG	Regionalne Centrum Oparzeń dla Dzieci i Młodzieży	SPSZOZ „ZDROJE” w Szczecinie
358 091	PFRON	Budowa windy w budynku przychodni przyszpitalnej	107 Szpital Wojskowy w Wałczu
171 922	PFRON	Dostosowanie pomieszczeń higieniczno-sanitarnych do potrzeb osób niepełnosprawnych w oddziale ortopedycznym i neurologicznym szpitala	107 Szpital Wojskowy w Wałczu
99 948	PFRON	Poprawa skuteczności rehabilitacji i powrotu do pełnej sprawności ruchowej pacjentów oddziału ortopedii, neurologii i chirurgii	107 Szpital Wojskowy w Wałczu
159 894	PFRON	Poprawa skuteczności rehabilitacji i powrotu do pełnej sprawności ruchowej pacjentów oddziału anestezjologii i intensywnej terapii	107 Szpital Wojskowy w Wałczu
284 383	PFRON	Dostosowanie pomieszczeń higieniczno-sanitarnych do potrzeb osób niepełnosprawnych w oddziale dziecięcym, przychodni oraz wymiana wykładzin w ciągach komunikacyjnych	107 Szpital Wojskowy w Wałczu
13 755 100	WFOŚiGW+ NFOŚiGW	Termomodernizacja budynków SPSK nr 1 PUM w Szczecinie	SPSK nr 1 w Szczecinie

140 056	WFOŚiGW	Zakup systemu ucyfrowienia Zakładu Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej	SPSK nr 1 w Szczecinie
4 461 631	MZ	Wyposażenie Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii	SPSK nr 1 w Szczecinie
19 380 000	NFOŚiGW	Usprawnienie zarządzania energią poprzez termomodernizację obiektów użyteczności publicznej na terenie powiatów: Białogardzkiego, Drawskiego, Szczecineckiego i Wałeckiego	Starostwo Białogardzkie
641 300	PFRON	Remont i modernizacja III piętra Oddziału Rehabilitacji SPZZOZ w Stargardzie Szczecińskim przy ul. St. Staszica 16	Starostwo Stargardzkie
179 500	WFOŚiGW	Termomodernizacja budynku apteki przyszpitalnej	Starostwo Szczecineckie
1 070 963	WFOŚiGW	Termomodernizacja obiektu przychodni przy ul. Kościuszkowców w Wałczu	Starostwo Wałeckie
1 172 762	WFOŚiGW	Termomodernizacja obiektów użyteczności publicznej Powiatu Myśliborskiego	Starostwo Myśliborskie
20 646 932	POIiŚ	Termomodernizacja budynków SPZZOZ w Gryficach z wykorzystaniem odnawialnych źródeł energii	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach
662 600	PFRON	Wbudowanie dwóch zewnętrznych dźwigów osobowych do budynku głównego Szpitala	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach
382 340	PFRON	Dobudowa dźwigu osobowego do budynku przychodni	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach
2 759 680	WFOŚiGW+ NFOŚiGW	Termomodernizacja obiektów Szpitala – Oddział zamiejscowy w Resku	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach
9 878 000	WFOŚiGW+ NFOŚiGW	Modernizacja termicznego ciągu do unieszkodliwiania odpadów medycznych i weterynaryjnych z odzyskaniem energii	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej

			w Gryficach
13 973 090	NFOŚiGW	Ograniczenie zużycia energii w budynkach Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie w wyniku ich termomodernizacji i wymiany oświetlenia na energooszczędne	Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie
2 647 258	WFOŚiGW	Ograniczenie zużycia energii budynków Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie w wyniku ich termomodernizacji	Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie
30 264 658	WFOŚiGW+ NFOŚiGW	Modernizacja systemu ciepłno-energetycznego i termomodernizacja budynków Szpitala w Zduńowie	Specjalistyczny Szpital im. Prof. A. Sokołowskiego w Szczecinie Zduńowie
722 007	MZ	Stworzenie Ośrodka transplantologii płuc w Szpitalu w Zduńowie	Specjalistyczny Szpital im. Prof. A. Sokołowskiego w Szczecinie Zduńowie
320 990	PFRON	Budowa szybu, dostawa i montaż windy	Szpital Uzdrawiskowy Willa Fortuna w Kołobrzegu
21 764 194	MZ	Poprawa działania systemu Radioterapii Onkologicznej poprzez zakup sprzętu	Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie

Oprac. Wydział Zdrowia UMWZ na podstawie ankietyzacji

WNIOSKI:

1. W latach 2011-2012 nie odnotowano wielu zmian w strukturze zakładów opieki zdrowotnej województwa zachodniopomorskiego, szczególnie w zakresie formy prawnej jednostek. Wynika to z realizacji intensywnych działań w latach poprzednich.
2. Zaangażowanie środków unijnych w realizację projektów w ochronie zdrowia miało również wpływ na zatrzymanie przekształceń szpitali. Jest to związane z zachowaniem zasady trwałości projektu i koniecznością unikania korzystanie z pomocy publicznej.

3. Wejście w życie w 2012 roku nowych rozwiązań prawnych, umożliwiających przekształcenie SPZOZ w spółki kapitałowe bez konieczności ich wcześniejszej likwidacji, może powodować podejmowanie działań związanych z komercjalizacją i prywatyzacją dopiero w okresach następnych.
4. Zakres i dynamika inwestowania podmiotów leczniczych i ich organów założycielskich w posiadane zasoby majątkowe wciąż wykazuje duży progres. Istotnymi priorytetami inwestycyjnymi są nie tylko modernizacje i doposażenie w sprzęt i aparaturę, ale również inwestycje zwiększające funkcjonalność posiadanego majątku i powodujące zmniejszenie kosztów eksploatacyjnych.
5. W województwie zachodniopomorskim obserwuje się stały wzrost zainteresowania jednostek samorządu terytorialnego i im podległych podmiotów leczniczych pozyskiwaniem dodatkowych środków finansowych np. PFRON, Narodowy i Wojewódzki Fundusz Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej, środki w ramach Budżetu Państwa czy Ministerstwa Zdrowia. Doświadczenie z poprzednich lat pozwala na sprawną aplikację środków i prawidłowe ich rozliczanie.
6. Największą aktywność w zakresie pozyskiwania środków w ramach funduszy unijnych i pozaunijnych wykazały jednostki samorządu województwa oraz resortowe i kliniczne natomiast jednostki powiatowe w znacznym stopniu, w porównaniu do poprzedniego okresu sprawozdawczego, zaangażowały się w poszukiwanie pozabudżetowych środków na ochronę zdrowia.

G. PODSUMOWANIE:

Niniejszy dokument stanowi szóste 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 2011-2012.

Przyjęte założenia strategiczne służą poprawie stanu zdrowia społeczeństwa całego województwa i rozwojowi regionalnej infrastruktury medycznej oraz doskonaleniu organizacji ochrony zdrowia. Podstawą produktywnego wdrażania „Strategii sektorowej w ochronie zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego” jest głównie systematyczne monitorowanie realizacji działań cząstkowych i wynikowych oraz reagowanie na ujawniające się różnice między założeniami strategii a osiąganymi efektami. Wynikła z tego konieczność budowy systemu monitorowania i systemu obiektywnej oceny wyników podjętych działań. Prowadzenie bieżącej oceny, wymaga stałej współpracy z instytucjami, które gromadzą i przetwarzają dane o działalności zakładów opieki zdrowotnej i sytuacji zdrowotnej społeczeństwa. Podstawą przeprowadzenia oceny postępu realizacji poszczególnych działań służących realizacji Strategii jest ciągle rozbudowywany zestaw wskaźników zdrowotnych i wskaźników działalności zakładów opieki zdrowotnej.

Każdy z dwuletnich cykli monitorowania dostarcza, zarówno decydentom, jak i podmiotom zaangażowanym w sektor zdrowia szczegółowych danych dot. procesów zachodzących w regionalnej ochronie zdrowia. Ocena i sprawozdawczość z realizacji przyjętych kierunków strategicznych określa poziom i jakość osiąganym wyników, również umożliwia identyfikowalność obszarów do korekty bądź naprawy, a także identyfikację nowych działań, zadań i obszarów i ich należną analizę.

W szóstym okresie sprawozdawczym osiągnięto najlepszy wynik zwrotności ankiet od respondentów od pierwszego cyklu monitorującego, tj. 80%.

Kolejne dwa lata realizacji kierunków w ochronie zdrowia nie rozwiązały kwestii zadłużenia publicznych jednostek. Chroniczne niedofinansowanie usług i stale rosnące koszty powodowały duże trudności dla zarządzających w celu utrzymania niskiego stanu zobowiązań jaki osiągnięto do czasu zastąpienia ustawy o zoz, ustawą o działalności leczniczej.

Lata 2011-2012 to okres nowych regulacji prawnych, które zwiększyły presję na podmioty tworzące w kwestii pożądanego zarządzania podległymi jednostkami. JST zostały zmuszone do pokrywania deficytu szpitali lub przeprowadzenia procesów komercjalizacji zakładów. Proponowane centralne programy oddłużeniowe,

restrukturyzacyjne dotyczyły tylko nielicznych placówek, głównie tych najbardziej zadłużonych.

W ciągu najbliższych lat będziemy się zmagać z rosnącymi kosztami chorób związanych z wiekiem z powodu starzenia się i depopulacji społeczeństwa. Zaistnieje konieczność dostarczania większej liczby świadczeń w tym zakresie przy jednoczesnym znalezieniu racjonalnych proporcji pomiędzy ich finansowaniem a alokacją zasobów i kadr medycznych.

Analizując wytyczne WHO i UE przy jednoczesnej ocenie działań regionalnych w branży zdrowotnej będą następowały liczne zmiany podyktowane prognozami epidemiologicznymi, polityką senioralną, tempem życia, malejącą liczbą urodzeń, niedoborem kadry medycznej i postępowaniem technologii diagnostyczno-terapeutycznych, a także rozwojem elektronicznej obsługi pacjenta oraz przeobrażeniami w alokacji środków publicznych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Zaleca się krajom Europy poprawę stanu zdrowia, zmniejszenie nierówności w zdrowiu, poprawę jakości zarządzania i zwiększenie wpływu pacjentów na system oraz integrację sfery medycznej ze społeczną.

Wobec czego, spodziewać się należy istotnych zmian strukturalnych i organizacyjnych: dalszej redukcji łóżek, wzrostu wskaźnika ich wykorzystania, skrócenia czasu pobytu i rozwoju opieki jednego dnia, dziennej, domowej i lepszej opieki ambulatoryjnej, dostosowanych do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych.

Reasumując – monitorowanie i ewaluacja wyników realizacji Strategii tworzą podstawę do dokonywania niezbędnych korekt i modyfikacji Strategii w latach przyszłych. Tylko i wyłącznie dynamiczne, ukierunkowane i systematyczne działania, pozwolą funkcjonować jednostkom ochrony zdrowia zgodnie z europejskimi standardami.

Kolejne, siódme sprawozdanie z realizacji Strategii sektorowej w ochronie zdrowia będzie dotyczyło efektów zmian regionalnej ochrony zdrowia w latach 2013-2014.

Niniejszy dokument za każdym razem jest udostępniany elektronicznie szerokiemu gronu adresatów poprzez umieszczenie na stronie internetowej www.wz.wzp.pl w zakładce Strategia sektorowa. Taki stan rzeczy sprzyja stałemu poszerzaniu kręgu odbiorców i zainteresowanych udziałem w ankietyzacji Strategii w zakresie ochrony zdrowia.