

**Uchwała Nr 950/08**  
**Zarządu Województwa Świętokrzyskiego**  
**z dnia 4 czerwca 2008r.**

**w sprawie przyjęcia Wstępnego Projektu Regionalnego Programu Restrukturyzacji Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Świętokrzyskiego do 2013 roku po konsultacjach społecznych**

Na podstawie art. 41 ust.2 pkt.4 w związku z art.14 ust.1 pkt.2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie województwa (Dz. U. Nr 142 z 2001r. poz.1590 z późniejszymi zmianami), art.9 pkt.4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 210 poz.2135 z późniejszymi zmianami) oraz Uchwały Nr XXXII/376/05 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 7 listopada 2005r. w sprawie przyjęcia harmonogramu opracowania aktualizacji Regionalnego Programu Restrukturyzacji Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Świętokrzyskiego na lata 2006 – 2013 (z późniejszymi zmianami) uchwała się, co następuje:

**§ 1**

Przyjmuje się

1. Wstępny Projekt Regionalnego Programu Restrukturyzacji Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Świętokrzyskiego do 2013 roku po konsultacjach społecznych, który stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały,
2. Zestawienie uwag do Wstępnego Projektu Regionalnego Programu Restrukturyzacji Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Świętokrzyskiego do 2013 roku, który stanowi załącznik nr 2 do niniejszej uchwały.

**§ 2**

Wstępny Projekt Programu po konsultacjach społecznych podlega opublikowaniu na stronie internetowej Województwa Świętokrzyskiego.

**§ 3**

Wykonanie uchwały powierza się Marszałkowi Województwa Świętokrzyskiego.

**§ 4**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Marszałek Województwa

Adam Jarubas

**Uzasadnienie  
do Uchwały Nr 950/08  
Zarządu Województwa Świętokrzyskiego  
z dnia 4 czerwca 2008r.**

**w sprawie przyjęcia Wstępnego Projektu Regionalnego Programu Restrukturyzacji Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Świętokrzyskiego do 2013 roku po konsultacjach społecznych**

Regionalny Program Restrukturyzacji Ochrony Zdrowia realizowany jest na terenie województwa świętokrzyskiego od 2000 roku. Stanowi on jeden z priorytetów polityki zdrowotnej regionu, ujętej w Strategii Rozwoju Województwa Świętokrzyskiego<sup>1</sup> w ramach celu odnoszącego się do rozwoju systemów infrastruktury technicznej i społecznej. W związku z:

- ✓ upływem terminu realizacji edycji Programu na lata 2003 – 2005<sup>2</sup>,
- ✓ przyjęciem przez Radę Ministrów Strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007 – 2013

Sejmik Województwa Świętokrzyskiego przyjął Uchwałę Nr XXXII/376/05 z dnia 7 listopada 2005r. w sprawie przyjęcia harmonogramu opracowania aktualizacji Regionalnego Programu Restrukturyzacji Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Świętokrzyskiego na lata 2006 – 2013 (z późniejszymi zmianami Uchwałą Nr XL/479/06 oraz Nr VII/135/07). Zgodnie z harmonogramem Zarząd Województwa Świętokrzyskiego powołał w dniu 11 stycznia 2006r. Zespół Koordynacyjno – Redakcyjny ds. aktualizacji Regionalnego Programu Restrukturyzacji Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Świętokrzyskiego na lata 2006 – 2013 (Uchwały Nr: 1330/06, 1651/06, 111/07, 772/08 i 876/08). Przewodniczącym Zespołu został Pan Marek Gos Członek Zarządu Województwa Świętokrzyskiego. Do pracy w Zespole swoich przedstawicieli desygnowali: Wojewoda Świętokrzyski, Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, organizacje samorządów terytorialnych, organizacje pracodawców zakładów opieki zdrowotnej, Świętokrzyska Izba Lekarska, Świętokrzyska Izba Pielęgniarek i Położnych oraz Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego. Zespół rozpoczął prace w dniu 14 czerwca 2006r. Dokonał analizy diagnozy oraz przyjął zmiany zakresu danych ujętych w tej części projektu Programu. Na tej podstawie sporządzono aktualizację danych statystycznych ujętych w diagnozie, przygotowano kolejne rozdziały obejmujące między innymi analizę SWOT, cele, analizę zgodność celów z regionalnymi i krajowymi

---

<sup>1</sup> Uchwała Nr XLII/508/06 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 26 października 2006r. w sprawie uchwalenia Strategii Rozwoju Województwa Świętokrzyskiego do 2020 roku

<sup>2</sup> Uchwała Nr 3/2003 Regionalnego Komitetu Sterującego Programu Restrukturyzacji w Ochronie Zdrowia Województwa Świętokrzyskiego z dnia 28 maja 2003r., zatwierdzenie przez Wojewodę Świętokrzyskiego w dniu 30 maja 2003r.

dokumentami programowymi, wskaźniki monitorowania realizacji celów oraz zmiany wynikające z uwag zgłoszonych w trakcie konsultacji społecznych Wstępnego Projektu Programu.

Zgodnie z harmonogramem opracowania aktualizacji Programu, termin jego przyjęcia przez Sejmik Województwa Świętokrzyskiego wyznaczony został na I połowę 2008 roku. W związku z kontynuacją przez Ministerstwa Zdrowia prac nad pakietem ustaw dotyczących zasad organizacji i funkcjonowania ochrony zdrowia, które mogą mieć wpływ na rozwój regionalnego systemu ochrony zdrowia, Zespół Koordynacyjny – Redakcyjny do chwili obecnej nie podjął decyzji o zakończeniu prac nad ostatecznym kształtem Regionalnego Programu Restrukturyzacji Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Świętokrzyskiego do 2013 roku.

Jednocześnie Zarząd Województwa Świętokrzyskiego przyjął w dniu 12 marca 2008 roku Uchwałę Nr 798/08 w sprawie przyjęcia Szczegółowego opisu osi priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2007 – 2013, którego integralną częścią są Kryteria wyboru projektów w ramach RPO WŚ na lata 2007 – 2013. Zgodnie z przedmiotowym dokumentem wnioski o dofinansowanie ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach RPO WŚ podlegać będą na etapie oceny merytoryczno – technicznej ocenie punktowej według przyjętych dla poszczególnych działań kryteriów. Jednym z kryteriów dla działania 5.1 „Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia” jest analiza i ocena znaczenia projektu dla realizacji celów zawartych w regionalnych dokumentach strategicznych dotyczących ochrony zdrowia. Za zgodność wniosku ze strategicznymi dokumentami województwa w zakresie ochrony zdrowia projekt może uzyskać 15 punktów przy łącznej liczbie 100 punktów możliwych do uzyskania w trakcie oceny merytoryczno – technicznej. Regionalny Program Restrukturyzacji Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Świętokrzyskiego do 2013 roku stanowi natomiast rozwinięcie Strategii Rozwoju Województwa Świętokrzyskiego do 2020 roku w części dotyczącej ochrony zdrowia, ujętej w ramach celu 5 – „rozwoju systemów infrastruktury technicznej i społecznej”, priorytecie 1 – „rozbudowa i podnoszenie standardów infrastruktury społecznej”, kierunku – „racjonalny rozwój i modernizacja obiektów służby zdrowia oraz wyposażenie w nowoczesną aparaturę w celu poprawy jakości i dostępności usług w zakresie profilaktyki oraz podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej”.

W związku z powyższym proponuje się przyjęcie Wstępnego Projektu Programu po konsultacjach społecznych oraz jego udostępnienie na stronie internetowej Województwa Świętokrzyskiego. Udostępnienie zaktualizowanego Wstępnego Projektu Programu umożliwi, do chwili przyjęcia przez Sejmik Województwa Świętokrzyskiego Regionalnego Programu Restrukturyzacji Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Świętokrzyskiego do 2013 roku, właściwe przygotowanie wniosków Beneficjentom działania 5.1 RPO WŚ na lata 2007 – 2013.



**URZĄD MARSZAŁKOWSKI  
WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO**

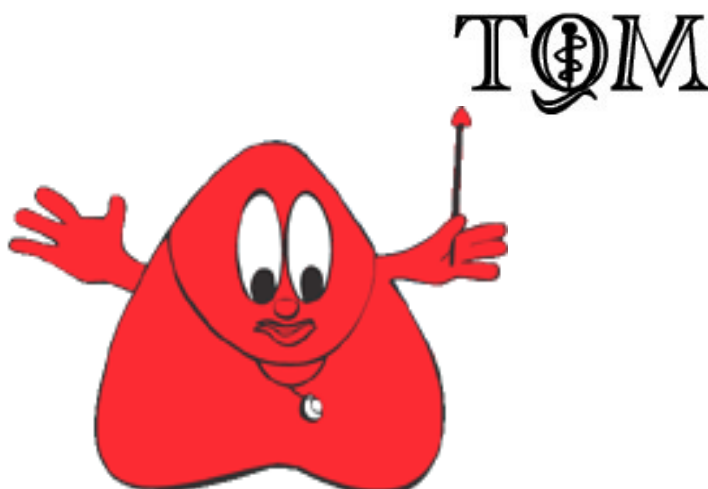
**DEPARTAMENT ZDROWIA i POLITYKI SPOŁECZNEJ**

## **REGIONALNY PROGRAM ROZWOJU I RESTRUKTURYZACJI**

**ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ**

**WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO**

**DO 2013 ROKU**



**WSTĘPNY PROJEKT PO KONSULTACJACH SPOŁECZNYCH**

**KIELCE MARZEC 2008**

Załącznik Nr 1 do Uchwały Nr 950/08 Zarządu Województwa Świętokrzyskiego

# SPIS TREŚCI

<b>1. Diagnoza.....</b>	<b>3</b>
1.1. WYBRANE ELEMENTY SYTUACJI DEMOGRAFICZNEJ .....	3
1.2. ANALIZA UMIERALNOŚCI .....	4
1.3. ANALIZA DANYCH O HOSPITALIZACJI.....	6
1.3.1. Hospitalizacje ogólne.....	6
1.3.2. Hospitalizacje psychiatryczne .....	7
1.4. DZIAŁALNOŚĆ REGIONALNEGO SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA .....	8
1.4.1. Podstawowa opieka zdrowotna.....	8
1.4.2. Opieka Domowa.....	11
1.4.3. Stomatologia .....	13
1.4.4. Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna.....	16
1.4.5. Lecznictwo stacjonarne w latach 2003 - 2005 .....	21
1.4.6. Różnica pomiędzy optymalną a rzeczywistą liczbą łóżek wg stanu w dniu 31 grudnia 2006 roku	29
<b>2. Podsumowanie realizacji RPR ZOZ WŚ na lata 2003 – 2005.....</b>	<b>33</b>
2.1. REALIZACJA KIERUNKÓW RESTRUKTURYZACJI POSZCZEGÓLNYCH POZIOMÓW REGIONALNEGO SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA, PRZYJĘTYCH W RPR ZOZ WŚ NA LATA 2003 - 2005.....	33
2.2. FINANSOWANIE ZADAŃ REALIZOWANYCH W RAMACH RPR ZOZ WŚ W LATACH 2003 – 2005 ORAZ 2006 ROKU .....	41
<b>3. Analiza SWOT.....</b>	<b>54</b>
<b>4. Cele Regionalnego Programu Rozwoju i Restrukturyzacji Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Świętokrzyskiego do 2013 roku oraz ich spójność z dokumentami regionalnymi i krajowymi.....</b>	<b>55</b>
4.1. CEL NADRZĘDNY .....	55
4.2. CELE STRATEGICZNE I OPERACYJNE.....	56
4.2.1. Cel 1 - Zapewnienie świadczeń zdrowotnych dostosowanych do obecnych i przewidywanych potrzeb zdrowotnych, wynikających z dynamiki długookresowych trendów demograficznych.....	56
4.2.2. Cel 2 - Zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego w sytuacjach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia	57
4.2.3. Cel 3 – Zwiększenie efektywności i jakości leczenia .....	58
4.2.4. Cel 4 – Poprawa sytuacji zdrowotnej w zakresie chorób stanowiących istotne problemy zdrowotne mieszkańców województwa.....	58
4.2.5. Cel 5 – Wzmocnienie uczestnictwa mieszkańców w działaniach prozdrowotnych.....	59
4.3. ZGODNOŚĆ CELÓW Z REGIONALNYMI I KRAJOWYMI DOKUMENTAMI PROGRAMOWYMI .....	61
<b>5. Wskaźniki monitorowania realizacji celów .....</b>	<b>63</b>
<b>6. Realizacja i finansowanie.....</b>	<b>67</b>
<b>Konsultacje Społeczne RPR ZOZ WŚ do 2013 roku .....</b>	<b>68</b>
<b>Spis Tabel.....</b>	<b>69</b>

# 1. Diagnoza

## 1.1. Wybrane elementy sytuacji demograficznej

Od 1999 roku liczba ludności województwa systematycznie spada. W końcu 2006 roku wynosiła 1 279 838 osób i zmalała o 22 680 osób w stosunku do 1999r. (1,74%). Ponad połowę populacji stanowiły kobiety (51,25%; Polska-51,67%), ich odsetek nieznacznie wzrósł w stosunku do 1999r. (o 0,11%). Nadal większość stanowili mieszkańcy wsi 54,69% ogółu ludności (Polska-38,71%), odsetek ten wzrósł o 0,48% w stosunku do 1999r. Prognozowana przez GUS liczba ludności w województwie będzie się nadal systematycznie zmniejszać do 1 252 309 osób w 2013r. (o 27 529 osób mniej w stosunku do 2006r.) i 1 244 581 osób w 2015r. (o 7 728 osób mniej w stosunku do 2013r.)<sup>1</sup>.

Powoli, ale systematycznie zmniejsza się, w łącznej liczbie ludności, udział dzieci i młodzieży w wieku poniżej 17 roku życia. Stopniowo zwiększa się natomiast udział osób starszych. W 2006r. dzieci i młodzież do 17 roku życia stanowiły 19,97% ogółu ludności (Polska-20,09%), ich odsetek zmniejszył się o 5,32% w stosunku do 1999r. Zgodnie z prognozą ludności GUS udział procentowy dzieci i młodzieży poniżej 17 roku życia będzie nadal ulegał zmniejszeniu i w 2013 roku będzie mniejszy o 3,08% w stosunku do 2006r. natomiast w 2015r. o 3,47%. Osoby w wieku 60 lat i więcej (kobiety) / 65 (mężczyźni) stanowiły w 2006r. 17,18% ogółu ludności (Polska-15,69%), ich odsetek zwiększył się o 0,76% w stosunku do 1999r. Według prognozy GUS do 2013 roku udział osób starszych w wieku poprodukcyjnym zwiększy się o 2,50% natomiast w 2015r. o 3,69% w stosunku do 2006r. Odsetek osób w wieku produkcyjnym (18-59/64 lat) stanowił w 2006r. 62,85% i wzrósł w stosunku do 1999r. o 4,56%. Do 2015r. będzie on początkowo wzrastał (2013r. – 63,43%) a następnie ulegał zmniejszeniu (2015r. – 62,63%)<sup>2</sup>.

Systematycznie również zmniejsza się liczba urodzeń żywych, która w 2006r. wynosiła 11 349 i była niższa o 1 545 w stosunku do 1999r. (12 894)<sup>3</sup>. Odsetek urodzeń żywych był większy na wsi niż w mieście i wynosił 58,32% ogółu urodzeń żywych w województwie (Polska 41,75%). Urodzenia martwe stanowiły 0,58% ogółu urodzeń (0,50% miasto, 0,63% wieś)<sup>4</sup>. Odsetek urodzeń o niskiej masie urodzeniowej (poniżej 2 500 g)

<sup>1</sup> Źródło: 1999 rok – Bank Danych Regionalnych. GUS. Warszawa 2007.; 2006 rok – Ludność stan i struktura w przekroju terytorialnym stan w dniu 31 XII 2006r. GUS, Warszawa 2007.; lata: 2010; 2013; 2015 - Prognoza ludności na lata 2003 – 2030. GUS, Warszawa 2004.

<sup>2</sup> Źródło: 1999 rok – Bank Danych Regionalnych. GUS. Warszawa 2007.; 2006 rok – Ludność stan i struktura w przekroju terytorialnym stan w dniu 31 XII 2006r. GUS, Warszawa 2007.; lata: 2010; 2013; 2015 - Prognoza ludności na lata 2003 – 2030. GUS, Warszawa 2004.

<sup>3</sup> Źródło: 1999 rok – Bank Danych Regionalnych. GUS. Warszawa 2007.; 2006 rok – Ludność stan i struktura w przekroju terytorialnym stan w dniu 31 XII 2006r. GUS, Warszawa 2007.

<sup>4</sup> Źródło: Rocznik Demograficzny. GUS, Warszawa 2007.

stanowił 6,10% urodzeń żywych<sup>5</sup> (Polska-6,04%). Zgodnie z prognozą GUS liczba urodzeń w województwie będzie się nadal zmniejszać do 2010r. (11 226) a następnie nieco wzrośnie do 2015r. (11 400). Liczba urodzeń nie osiągnie jednak poziomu urodzeń z 1999r.<sup>6</sup>. Współczynnik zgonów na 1 000 tys. ludności województwa utrzymywał się od 1999r. na podobnym poziomie i wynosił w 2006r. 10,7, był niższy o 0,1 w stosunku do 1999r. (10,8). W wyniku małej liczby urodzeń i utrzymującej się liczbie zgonów od 1999r. występuje w województwie ujemny przyrost naturalny ludności. Według prognozy GUS zjawisko to będzie się pogłębiać do 2015r. (-2 110). W 2006r. najniższy przyrost naturalny na 1 000 mieszkańców wystąpił w powiatach: kazimierskim (-6,7), buskim (-4,6), pińczowskim (-4,4) oraz skarżyskim (-4,3). Dodatni przyrost naturalny wystąpił jedynie w powiecie kieleckim (0,9)<sup>7</sup>.

Długość życia mieszkańców województwa systematycznie wydłuża się. Od 1990r. średnie trwanie życia mężczyzn wydłużyło się o 4,2 roku i wynosi dla chłopca urodzonego w 2006 roku 70,9 lat (Polska-70,9). Mieszkaniec wsi będzie jednak żył krócej o 1,4 roku od mężczyzny zamieszkującego w mieście. Średnie trwanie życia kobiet w naszym województwie wydłużyło się natomiast o 4,3 roku i wynosi dla dziewczynki urodzonej w 2006r. 80,3 lat (Polska-79,6). Mieszkanki wsi będą jednak żyły dłużej od kobiet zamieszkujących w mieście o 0,2 roku<sup>8</sup>.

#### Wnioski:

1. Systematycznie spada liczba urodzeń w województwie przy utrzymującym się poziomie umieralności wpływając na ujemny przyrost naturalny i zmniejszenie się liczby ludności.
2. Proces ten przy jednoczesnym wzroście przeciętnej długości trwania życia powoduje zwiększenie odsetka osób w wieku poprodukcyjnym i starzenie się społeczeństwa. Zgodnie z prognozami GUS zjawisko to nadal będzie się pogłębiać.

#### **1.2. Analiza umieralności**

Liczba zgonów od 1999r. utrzymuje się na podobnym poziomie. W 2006r. w województwie zmarło 13 803 osoby. Najwyższy współczynnik zgonów na 1 000 mieszkańców wystąpił w powiatach: kazimierskim (14,3), pińczowskim (12,6), włoszczowskim (12,6), buskim (12,5) oraz opatowskim (12,1). Nadal większy odsetek zgonów występował na wsi niż w mieście, który w 2006r. wynosił 60,12% ogółu zgonów w

<sup>5</sup> Źródło: Rocznik Demograficzny. GUS, Warszawa 2007.

<sup>6</sup> Źródło: Prognoza ludności na lata 2003 – 2030. GUS, Warszawa 2004.

<sup>7</sup> Źródło: Rocznik Demograficzny. GUS, Warszawa 2007.

<sup>8</sup> Źródło: Rocznik Demograficzny. GUS, Warszawa 2005.; Rocznik Demograficzny. GUS, Warszawa 2007.

województwie (Polska-39,89%). W ogólnej liczbie osób zmarłych 54,15% stanowili mężczyźni (Polska-53,64%)<sup>9</sup>.

W województwie dominującymi przyczynami zgonów są nadal choroby określane mianem cywilizacyjnych<sup>10</sup>. Należą do nich choroby układu krążenia, nowotwory oraz urazy i zatrucia, które w 2006r. były przyczyną 77,54% zgonów. Umieralność spowodowana chorobami układu krążenia wykazuje od 1999r. trend spadkowy. W 2006r. wynosiła ona 48,56% wszystkich zgonów i była mniejsza o 1,08% w stosunku do 1999r. Wzrósł natomiast odsetek zgonów spowodowanych chorobami nowotworowymi, który w 2006r. wynosił 22,41% i był wyższy w stosunku do 1999r. o 3,04%. Natężenie umieralności z powodu zewnętrznych przyczyn zachorowania i zgonu utrzymuje się od 1999r. na podobnym poziomie. W 2006r. odsetek zgonów spowodowanych urazami i zatruciami wynosił 6,57% i był niższy w stosunku do 1999r. o 0,32%.

Znaczenie poszczególnych grup chorób, jako przyczyn zgonów mieszkańców województwa świętokrzyskiego, zmieniało się wraz z wiekiem<sup>11</sup>. W 2006r. nadal pierwsza połowa życia zagrożona była przede wszystkim przyczynami zewnętrznymi natomiast w drugiej połowie życia dominującymi przyczynami zgonów były choroby układu krążenia oraz choroby nowotworowe.

Systematycznie obniża się w województwie umieralność niemowląt. W 2006r. współczynnik umieralności dzieci poniżej 1 roku życia wynosił 5,0 na 1 000 urodzeń żywych (Polska-6,0) i był niższy o 3,6 w stosunku do 2000r. Najwyższy współczynnik umieralności niemowląt na 1 000 urodzeń żywych wystąpił w powiatach: buskim (11,9), koneckim (8,8), kazimierskim (7,3), skarżyskim (7,0), włoszczowskim (6,2)<sup>12</sup>. Głównymi przyczynami zgonów niemowląt w 2005r. były stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym (51,47% zgonów) oraz wady rozwojowe wrodzone (26,47% zgonów)<sup>13</sup>.

Według prognoz Światowej Organizacji Zdrowia<sup>14</sup> w 2020r. głównymi przyczynami zgonów w regionach rozwiniętych będą choroba niedokrwienna serca (24,1% zgonów), choroba naczyń mózgowych (12,7% zgonów), nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzela i płuca

<sup>9</sup> Źródło: Rocznik Demograficzny. GUS, Warszawa 2007.

<sup>10</sup> Źródło: lata 1999; 2001; 2005 – Bank Danych Regionalnych. GUS, Warszawa 2007.; lata: 2000; 2002; 2003; 2004 – Rocznik Statystyczny Województwa Świętokrzyskiego. US, Kielce 2005 i 2006.; 2006 rok – Biuletyn Informacyjny Ochrony Zdrowia Statystyka Ogólna S-05 Województwo Świętokrzyskie. ŚCMOZ, Kielce 2007.

<sup>11</sup> Źródło: dane Świętokrzyskiego Centrum Monitorowania Ochrony Zdrowia w Kielcach.

<sup>12</sup> Źródło: Rocznik Statystyczny Województwa Świętokrzyskiego. US, Kielce 2006., Rocznik Demograficzny. GUS, Warszawa 2007.

<sup>13</sup> Źródło: Rocznik Demograficzny. GUS, Warszawa 2007.

<sup>14</sup> Źródło: Christopher J. L. Murray, Alan D. Lopez: Globalne obciążenie chorobami. CSIOZ i UWM „Vesalius”, Warszawa Kraków 2000.



(5,9% zgonów), przewlekła obturacyjna choroba płuc (4,1% zgonów) oraz zakażenia dolnych dróg oddechowych (3,2% zgonów).

Wnioski:

1. Zmieniające się wraz z wiekiem znaczenie poszczególnych grup chorób wśród przyczyn utraty życia, przy zachodzących zmianach w strukturze wiekowej mieszkańców województwa, wpłynie w konsekwencji na wzrost obciążenia określonymi chorobami stanowiącymi przyczynę zgonów i niepełnosprawności.

### **1.3. Analiza danych o hospitalizacji**

#### **1.3.1. Hospitalizacje ogólne**

Najczęstszymi przyczynami hospitalizacji ogólnej w zakładach opieki zdrowotnej zlokalizowanych na terenie województwa świętokrzyskiego<sup>15</sup> były od 2001r. choroby układu krążenia (I00-I99). W 2006 roku stanowiły one 17,54% wszystkich hospitalizowanych przypadków chorobowych mieszkańców województwa. W stosunku do 2001r. odsetek tych hospitalizacji uległ zmniejszeniu o 0,69%. Najliczniejszymi przyczynami hospitalizacji wśród chorób układu krążenia w 2006 roku pozostawały nadal niewydolność serca (3,24% ogółu hospitalizacji) oraz dusznica bolesna (1,98% ogółu hospitalizacji).

Hospitalizacje z powodu chorób nowotworowych (C00-D48) wykazywały od 2001r. tendencję wzrostową. W 2006r. stanowiły one 13,31% hospitalizowanych przypadków chorobowych mieszkańców województwa i wzrosły w stosunku do 2001r. o 7,16%. Najliczniejszymi przyczynami hospitalizacji wśród chorób nowotworowych w 2006 roku był nadal nowotwór złośliwy oskrzela i płuca (1,53% ogółu hospitalizacji) oraz nowotwór złośliwy sutka (1,45% ogółu hospitalizacji).

Choroby układu trawiennego (K00-K93) stanowiły trzecią grupę przyczyn hospitalizacji mieszkańców województwa w zakładach opieki zdrowotnej mających swoją siedzibę na terenie regionu. Ich odsetek zwiększył się w stosunku do 2001r. o 0,01% i w 2006r. wynosił 10,53% hospitalizowanych przypadków chorobowych. Najliczniejszymi przyczynami hospitalizacji wśród chorób układu trawiennego w 2006r. nadal pozostawało zapalenie żołądka i dwunastnicy (1,49% ogółu hospitalizacji) oraz kamica żółciowa (1,32% ogółu hospitalizacji).

Choroby układu moczowo - płciowego (N00-N99) stanowiły czwartą grupę przyczyn hospitalizacji. Ich odsetek zwiększył się w stosunku do 2001r. o 1,24% i wynosił w 2006r. 9,87% hospitalizowanych przypadków chorobowych. Najliczniejszymi przyczynami hospitalizacji w 2006 roku wśród tej grupy hospitalizacji była nadal kamica nerki i

---

<sup>15</sup> Źródło: dane Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach.

moczowodu (1,64% ogółu hospitalizacji) oraz inne nieprawidłowe krwawienia maciczne i pochwowe (1,05% ogółu hospitalizacji).

Kolejnymi przyczynami hospitalizacji były w 2006r.: ciąża, poród i połóg oraz niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym (O00-P96) – 8,76% hospitalizowanych przypadków chorobowych, choroby układu oddechowego (J00-J99) – 7,49% ogółu hospitalizacji oraz urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (S00-T98) – 7,54% hospitalizowanych przypadków chorobowych.

### **1.3.2. Hospitalizacje psychiatryczne**

W strukturze rozpoznań dotyczących zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, hospitalizowanych mieszkańców regionu w zakładach opieki zdrowotnej zlokalizowanych na terenie województwa świętokrzyskiego<sup>16</sup>, dominowały zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu (F10), które w 2006r. stanowiły 36,12% hospitalizowanych przypadków chorobowych. Ich odsetek wzrósł w stosunku do 2001r. o 7,51%.

Drugą przyczynę hospitalizacji pacjentów z rozpoznaniem psychiatrycznym stanowiły zaburzenia organiczne (F00-F09). Ich odsetek zmniejszył się w stosunku do 2001r. o 1,32% i w 2006r. wynosił 19,89% hospitalizowanych przypadków chorobowych. Najliczniejszymi przyczynami hospitalizacji wśród zaburzeń organicznych były nadal inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną (12,20% ogółu hospitalizacji) oraz zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu (3,94% ogółu hospitalizacji).

Schizofrenia (F20) stanowiła trzecią przyczynę hospitalizacji pacjentów z rozpoznaniem psychiatrycznym. Odsetek hospitalizowanych zmniejszył się w stosunku do 2001r. o 2,66% i w 2006r. wynosił 19,08% ogółu hospitalizacji.

Kolejnymi przyczynami hospitalizacji pacjentów z rozpoznaniem psychiatrycznym były: zaburzenia afektywne (F30-F39) – 8,43% hospitalizowanych przypadków chorobowych, pozostałe schorzenia niepsychotyczne (F50-F99) – 6,15% ogółu hospitalizacji, inne psychozy (F21-F29) – 4,87% ogółu hospitalizacji, zaburzenia nerwicowe (F40-F48) – 4,15% ogółu hospitalizacji oraz zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (F11-F19) – 1,03% ogółu hospitalizacji.

#### **Wnioski:**

- 1.** Najczęstszymi przyczynami hospitalizacji ogólnej w zakładach opieki zdrowotnej zlokalizowanych na terenie województwa były choroby stanowiące jednocześnie główne przyczyny zgonów mieszkańców regionu.

---

<sup>16</sup> Źródło: dane Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach.

2. Wśród hospitalizowanych przypadków z rozpoznaniem psychiatrycznym dominowały zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu, zaburzenia organiczne oraz schizofrenia.

#### **1.4. Działalność regionalnego systemu ochrony zdrowia**

##### **1.4.1. Podstawowa opieka zdrowotna**

Podstawowa opieka zdrowotna jest częścią systemu ochrony zdrowia, zapewniająca zdrowym i chorym świadczenia w miejscu zamieszkania oraz środowisku nauczania i wychowania, w warunkach ambulatoryjnych lub domowych. Jedną z jej cech charakterystycznych jest dążenie do zapewnienia całodobowej opieki zarówno w zdrowiu jak i w chorobie na przestrzeni całego życia pacjenta. Świadczenia zdrowotne realizowane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej powinny zabezpieczyć indywidualne potrzeby pacjenta z uwzględnieniem specyficznych uwarunkowań środowiska, w którym żyje. W zakresie podstawowej opieki zdrowotnej realizowane są usługi zdrowotne: lekarza POZ, pielęgniarki POZ, położnej POZ, pielęgniarki szkolnej, nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, transportu sanitarnego w POZ.

W latach 2003 – 2006 liczba podmiotów (publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, praktyk indywidualnych i grupowych), które zawarły umowy ze Świętokrzyskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej wzrosła o 10,4% w stosunku do 2002r., w tym liczba świadczeniodawców niepublicznych wzrosła o 34,3% natomiast liczba podmiotów publicznych zmniejszyła się o 14,4%.

Mieszkańcy województwa świętokrzyskiego, objęci powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, uprawnieni do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych złożyli w 2006r.<sup>17</sup> deklarację wyboru:

✓ Lekarza POZ - w większości u świadczeniodawców publicznych 53,94% świadczeniobiorców, którzy złożyli pisemną deklarację wyboru lekarza POZ. Najmniejsza liczba ubezpieczonych, którzy wybrali lekarza POZ w publicznych placówkach ochrony zdrowia była na terenie Miasta Kielce (11,70%) oraz powiatów sandomierskiego (17,84%) i ostrowieckiego (19,40%). Natomiast najmniejsza liczba ubezpieczonych, którzy wybrali lekarza POZ w niepublicznych placówkach ochrony zdrowia była na terenie powiatów: kazimierskiego (0,00%), pińczowskiego (0,00%), jędrzejowskiego (4,39%) oraz kieleckiego (15,01%).

---

<sup>17</sup> Źródło: dane Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach (stan w dniu 24 luty 2006r.).

Zgodnie ze standardami przyjętymi przez NFZ maksymalna liczba świadczeniobiorców objętych opieką jednego lekarza POZ nie powinna przekraczać 2 750 osób, w opiece pediatrycznej – 1 320 osób. Rzeczywista średnia liczba osób objętych opieką (średnia liczba osób, które złożyły pisemną deklarację wyboru dla 1 lekarza POZ) wzrosła w latach 2004 – 2006 o 82 osoby z 1 400 osób w 2004r. do 1 482 osób w 2006r. W dniu 01 stycznia 2006r. najwyższa średnia liczba ubezpieczonych objętych opieką 1 lekarza POZ była w powiecie kazimierskim (2 207 osób) najniższa natomiast w powiecie kieleckim (1 057 osób). (Tab.1)

**Tabela 1** Średnia liczba ubezpieczonych objętych opieką 1 lekarza POZ w województwie świętokrzyskim w latach 2004 - 2006 wg powiatów<sup>18</sup>

powiat	lata		
	2004	2005	2006 - 01 styczeń
buski	1 321	1 381	1 465
jędrzejowski	1 384	1 374	1 609
kazimierski	1 669	1 735	2 207
kielecki	1 504	1 761	1 057
Miasto Kielce	1 198	1 067	1 699
konecki	1 544	1 389	1 790
opatowski	1 651	1 579	1 500
ostrowiecki	1 067	995	1 258
pińczowski	1 568	1 292	1 295
sandomierski	1 327	1 223	1 323
skarżyski	933	1 005	1 395
starachowicki	1 372	1 339	1 327
staszowski	1 576	1 481	1 561
włoszczowski	1 480	997	1 265
<b>województwo:</b>	<b>1 400</b>	<b>1 330</b>	<b>1 482</b>

Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia nie dysponuje danymi dotyczącymi kosztów przeznaczonych w latach 2002 – 2005 w ramach świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie POZ na badania diagnostyczne.

✓ Pielęgniarki POZ - w większości u świadczeniodawców niepublicznych 51,62% świadczeniobiorców, którzy złożyli pisemną deklarację wyboru pielęgniarki POZ. Najmniejsza liczba ubezpieczonych, którzy wybrali pielęgniarkę POZ w publicznych placówkach ochrony zdrowia była na terenie Miasta Kielce (11,74%) oraz powiatów sandomierskiego (19,69%) i ostrowieckiego (19,46%). Natomiast najmniejsza liczba ubezpieczonych, którzy wybrali pielęgniarkę POZ w niepublicznych placówkach ochrony zdrowia była na terenie powiatów: kazimierskiego (0,00%) oraz pińczowskiego (14,66%).

<sup>18</sup> Źródło: dane Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach (baza ŚOW NFZ nie zawiera pełnych informacji dotyczących nr prawa wykonywania zawodu lekarza przyporządkowanego do złożonej deklaracji wyboru w latach 2002 – 2003)

Zgodnie ze standardami przyjętymi przez NFZ maksymalna liczba świadczeniobiorców objętych opieką jednej pielęgniarki POZ nie powinna przekraczać 2 750 osób.

✓ Położnej POZ - w większości u świadczeniodawców niepublicznych 60,29% świadczeniobiorców, którzy złożyli pisemną deklarację wyboru położnej POZ. Najmniejsza liczba ubezpieczonych, którzy wybrali położną POZ w publicznych placówkach ochrony zdrowia była na terenie Miasta Kielce (15,93%) oraz powiatów sandomierskiego (9,54%), ostrowieckiego (0,00%) i opatowskiego (18,65%). Natomiast najmniejsza liczba ubezpieczonych, którzy wybrali położną POZ w niepublicznych placówkach ochrony zdrowia była na terenie powiatów: buskiego (0,00%), kazimierskiego (0,00%), kieleckiego (0,00%) i starachowickiego (0,00%). Zgodnie ze standardami przyjętymi przez NFZ maksymalna liczba świadczeniobiorców objętych opieką jednej położnej POZ nie powinna przekraczać 6 600 osób, do których zalicza się osoby płci żeńskiej oraz noworodki i niemowlęta do ukończenia 2 miesiąca życia.

✓ Pielęgniarki Szkolnej - w większości u świadczeniodawców publicznych 53,58% świadczeniobiorców, którzy złożyli pisemną deklarację wyboru pielęgniarki szkolnej. Najmniejsza liczba ubezpieczonych, którzy wybrali pielęgniarkę szkolną w publicznych placówkach ochrony zdrowia była na terenie Miasta Kielce (0,00%) oraz powiatów sandomierskiego (16,89%) i ostrowieckiego (19,33%). Natomiast najmniejsza liczba ubezpieczonych, którzy wybrali pielęgniarkę szkolną w niepublicznych placówkach ochrony zdrowia była na terenie powiatów: jędrzejowskiego (0,00%), kazimierskiego (0,00%), pińczowskiego (0,00%), staszowskiego (11,98%), kieleckiego (14,20%) oraz skarżyskiego (15,86%). Zgodnie ze standardami przyjętymi przez NFZ maksymalna liczba świadczeniobiorców objętych opieką jednej pielęgniarki szkolnej nie powinna przekraczać 1 100 uczniów w środowisku nauczania i wychowania od klasy „0” w szkołach podstawowych do ostatniej klasy szkoły ponadgimnazjalnej.

#### Wnioski:

1. W latach 2003 – 2006 wzrosła w województwie świętokrzyskim liczba podmiotów niepublicznych realizujących świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych.
2. W 2006 roku większość mieszkańców regionu dokonała wyboru lekarza POZ i pielęgniarki szkolnej zatrudnionych w publicznych placówkach ochrony zdrowia natomiast pielęgniarki POZ i położnej POZ zatrudnionych w jednostkach niepublicznych.

### 1.4.2. Opieka Domowa

Świadczenia zdrowotne w zakresie opieki domowej realizowane były w województwie świętokrzyskim w ramach:

✓ zadań wykonywanych przez pielęgniarki środowiskowe/rodzinne na podstawie umów w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. W 2006r. odsetek świadczeniodawców realizujących ten zakres opieki domowej zmniejszył się o 1,7% z 98,5% podmiotów udzielających świadczenia pielęgniarki POZ w 2002r. do 96,8% w 2006r. (Tab.2),

**Tabela 2** Liczba świadczeniodawców realizujących opiekę domową w ramach zadań pielęgniarki POZ w województwie świętokrzyskim w latach 2002 - 2006 wg powiatów<sup>19</sup>

powiat	liczba świadczeniodawców									
	2002		2003		2004		2005		2006 - 19 lipiec	
	tak	nie	tak	nie	tak	nie	tak	nie	tak	nie
buski	9	0	10	0	10	0	11	0	11	0
jędrzejowski	15	0	16	0	16	0	17	0	17	0
kazimierski	6	0	6	0	6	0	6	0	6	0
kielecki	26	0	25	0	25	0	26	0	26	0
Miasto Kielce	21	0	27	0	27	0	28	0	28	0
konecki	9	0	10	0	10	0	10	0	10	0
opatowski	16	1	17	1	15	1	16	1	16	1
ostrowiecki	11	1	11	1	11	1	12	1	12	1
pińczowski	8	0	8	0	8	0	9	0	9	0
sandomierski	20	0	25	0	25	2	24	3	24	3
skarżyski	8	0	8	0	8	0	9	0	9	0
starachowicki	11	0	12	0	13	0	13	0	13	0
staszowski	25	1	25	1	24	1	23	1	23	1
włoszczowski	8	0	9	0	9	0	10	1	10	1
<b>województwo</b>	<b>193</b>	<b>3</b>	<b>209</b>	<b>3</b>	<b>207</b>	<b>5</b>	<b>214</b>	<b>7</b>	<b>214</b>	<b>7</b>

✓ zadań wykonywanych przez położne środowiskowe/rodzinne na podstawie umów w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. W 2006r. odsetek świadczeniodawców realizujących ten zakres opieki domowej wzrósł o 20,2% z 2,0% podmiotów udzielających świadczenia położnej POZ w 2002r. do 22,2% w 2006r. (Tab.3),

**Tabela 3** Liczba świadczeniodawców realizujących opiekę domową w ramach zadań położnej POZ w województwie świętokrzyskim w latach 2002 - 2006 wg powiatów<sup>20</sup>

powiat	liczba świadczeniodawców									
	2002		2003		2004		2005		2006 - 19 lipiec	
	tak	nie	tak	nie	tak	nie	tak	nie	tak	nie
buski	0	9	0	10	0	10	2	9	2	9
jędrzejowski	0	15	1	15	4	12	3	14	3	14
kazimierski	0	6	0	6	2	4	3	3	3	3

<sup>19</sup> Źródło: dane Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach (stan w dniu 19 lipiec 2006r.).

<sup>20</sup> Źródło: dane Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach (stan w dniu 19 lipiec 2006r.).

kielecki	0	26	0	25	2	23	4	22	4	22
Miasto Kielce	1	20	0	27	6	21	6	22	6	22
konecki	0	9	0	10	4	6	4	6	4	6
opatowski	1	16	1	17	2	14	3	14	3	14
ostrowiecki	1	11	1	11	3	9	3	10	3	10
pińczowski	0	8	0	8	1	7	2	7	2	7
sandomierski	0	20	0	25	5	22	7	20	7	20
skarżyski	0	8	0	8	1	7	2	7	2	7
starachowicki	0	11	0	12	0	13	1	12	1	12
staszowski	1	25	1	25	7	18	4	20	4	20
włoszczowski	0	8	0	9	2	7	5	6	5	6
<b>województwo</b>	<b>4</b>	<b>192</b>	<b>4</b>	<b>208</b>	<b>39</b>	<b>173</b>	<b>49</b>	<b>172</b>	<b>49</b>	<b>172</b>

✓ opieki długoterminowej - w latach: 2002 – 2003 zespół domowej opieki paliatywnej; 2004 – 2006 osobodzień w hospicjum domowym, realizowanej na terenie powiatów: ostrowieckiego, sandomierskiego, starachowickiego, włoszczowskiego oraz Miasta Kielce. W 2006 r. na realizację tego zakresu opieki domowej przeznaczono 1 672 968 zł., co stanowi wzrost środków publicznych o 1 598 088 zł. w stosunku do 2002r. (Tab.4),

**Tabela 4** Koszty świadczeń opieki domowej kontraktowanej w ramach opieki długoterminowej w województwie świętokrzyskim w latach 2002 - 2006 wg powiatów<sup>21</sup>

Rok	2002	2003	2004	2005	2006
Nazwa usługi	zespół domowej opieki paliatywnej	zespół domowej opieki paliatywnej	osobodzień w hospicjum domowym	osobodzień w hospicjum domowym	osobodzień w hospicjum domowym
Powiat					
Miasto Kielce	0,00 zł	0,00 zł	454 208,00 zł	388 032,00 zł	407 160,00 zł
ostrowiecki	74 880,00 zł	71 042,00 zł	477 744,00 zł	495 964,00 zł	582 930,00 zł
sandomierski	0,00 zł	0,00 zł	201 276,00 zł	191 648,00 zł	204 187,50 zł
starachowicki	0,00 zł	0,00 zł	171 252,00 zł	247 944,00 zł	191 853,00 zł
włoszczowski	0,00 zł	0,00 zł	198 768,00 zł	262 624,00 zł	286 837,50 zł
<b>razem:</b>	<b>74 880,00 zł</b>	<b>71 042,00 zł</b>	<b>1 503 248,00 zł</b>	<b>1 586 212,00 zł</b>	<b>1 672 968,00 zł</b>

✓ rehabilitacji leczniczej (w latach 2002 – 2003 rehabilitacja środowiskowa; w 2004r. punkt rozliczeniowy w fizjoterapii w domu, punkt rozliczeniowy w rehabilitacji w domu oraz punkt rozliczeniowy w zakładzie fizjoterapii med. – zabiegi w domu). W 2004r. na realizację tego zakresu opieki domowej przeznaczono łącznie 888 837,75 zł., co stanowiło wzrost środków publicznych o 48 627,75 zł. w stosunku do 2002r. (Tab.5).

**Tabela 5** Koszty świadczeń opieki domowej kontraktowanej w ramach rehabilitacji leczniczej w województwie świętokrzyskim w latach 2002 - 2004 wg powiatów<sup>22</sup>

Rok	2002	2003	2004		
Nazwa usługi	Rehabilitacja środowiskowa	Rehabilitacja środowiskowa	Punkt rozliczeniowy w fizjoterapii w domu	Punkt rozliczeniowy w rehabilitacji w domu	Punkt rozliczeniowy w zakładzie fizjoterapii med. –zabiegi w

<sup>21</sup> Źródło: dane Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach (stan w dniu 19 lipiec 2006r.).

<sup>22</sup> Źródło: dane Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach (stan w dniu 19 lipiec 2006r.).

<b>Powiat</b>					<b>domu</b>
jędrzejowski	9 594,00 zł	8 730,54 zł	535,05 zł	3 955,25 zł	0,00 zł
Miasto Kielce	527 940,00 zł	562 325,40 zł	651 357,15 zł	22 490,30 zł	0,00 zł
kielecki	48 318,00 zł	30 308,46 zł	10 500,00zł	1 921,80 zł	44 065,80 zł
konecki	0,00 zł	13 660,92 zł	0,00 zł	291,00 zł	7 844,40 zł
opatowski	0,00 zł	0,00 zł	10 175,20 zł	324, 00 zł	0,00 zł
ostrowiecki	90 000,00 zł	0,00 zł	66 720,80 zł	5 144,40 zł	0,00 zł
pińczowski	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	1 479,60 zł	0,00 zł
sandomierski	0,00 zł	0,00 zł	3 540,00 zł	1 998,00 zł	0,00 zł
skarżyski	56 088,00 zł	51 040,08 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł
starachowicki	56 106,00 zł	51 056,48 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł
staszowski	52 164,00 zł	47 469,24 zł	52 226,00 zł	4 269,00 zł	0,00 zł
<b>razem:</b>	<b>840 210 zł</b>	<b>764 591,10 zł</b>	<b>795 054,20 zł</b>	<b>41 873,35 zł</b>	<b>51 910,20 zł</b>

Wnioski:

1. Opieka domowa nie stanowi wyodrębnionego rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej.

### **1.4.3. Stomatologia**

Leczenia stomatologiczne obejmuje świadczenia zdrowotne w zakresie chorób jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych. Świadczenia te realizowane są w poradniach oraz gabinetach stomatologicznych przez lekarza dentystę lub specjalistę w specjalnościach lekarsko – dentystycznych.

W 2005r. w naszym województwie działało łącznie 143 poradnie stomatologiczne (w tym: stomatologiczne, chorób błon śluzowych przyzębia, ortodontyczne, protetyki stomatologicznej i chirurgii stomatologicznej). Większość z nich (65,73%) funkcjonowało w niepublicznych placówkach ochrony zdrowia. Najmniejsza liczba publicznych poradni stomatologicznych działała na terenie Miasta Kielce (6,25% poradni) oraz powiatach sandomierskim (9,09%) i starachowickim (17,65%). W powiatach: kazimierskim, opatowskim i pińczowskim nie funkcjonowały natomiast poradnie niepubliczne<sup>23</sup>.

W latach 2004 – 2006 liczba miejsc udzielania świadczeń w zakresie leczenia stomatologicznego zgodnie z umowami zawartymi przez Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wzrosła o 1,8% w stosunku do 2003r., w tym liczba miejsc udzielania świadczeń przez świadczeniodawców niepublicznych wzrosła o 10,7% natomiast liczba miejsc udzielania świadczeń przez podmioty publiczne zmniejszyła się o 26,1%. Najmniejsza liczba miejsc udzielania świadczeń przez świadczeniodawców niepublicznych, które w latach 2003 – 2006 zawarły umowy ze ŚOW NFZ w zakresie leczenia stomatologicznego utrzymywała się w powiatach kazimierskim oraz pińczowskim.

<sup>23</sup> Źródło: dane Świętokrzyskiego Centrum Monitorowania Ochrony Zdrowia w Kielcach.



Liczba punktów zakontraktowanych miesięcznie przez ŚRKCh / ŚOW NFZ w zakresie leczenia stomatologicznego na 10 tys. mieszkańców województwa wzrosła o 22,0% z 238 829,99 w 2002r. do 291 392,94 w 2006r. (Tab.6)

**Tabela 6** Liczba punktów zakontraktowanych miesięcznie w zakresie leczenia stomatologicznego na 10 tys mieszkańców województwa świętokrzyskiego w latach 2002 - 2006<sup>24</sup>

zakres świadczeń	2002	2003	2004	2005	2006
świadczenia ogólne	192 791,52	208 935,51	0,00	0,00	0,00
świadczenia profilaktyczno - lecznicze	26 944,54	26 579,28	0,00	0,00	0,00
świadczenia specjalistyczne	19 093,93	23 683,61	0,00	0,00	0,00
świadczenia podstawowe dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia	0,00	0,00	53 834,87	64 754,22	69 309,71
świadczenia podstawowe dla dorosłych z protetyką	0,00	0,00	189 056,38	174 850,88	176 840,12
świadczenia specjalistyczne	0,00	0,00	32 364,31	36 202,20	43 412,96
stomatologiczne leczenie osób upośledzonych umysłowo w stopniu znacznym i głębokim w znieczuleniu ogólnym	0,00	0,00	1 855,81	1 547,58	1 603,77
stomatologiczne leczenie pacjentów z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS	0,00	0,00	0,00	0,00	226,07
stomatologiczna pomoc doraźna	0,00	0,00	0,31	0,31	0,31
<b>razem:</b>	<b>238 829,99</b>	<b>259 198,40</b>	<b>277 111,68</b>	<b>277 355,19</b>	<b>291 392,94</b>

Od 2004r. Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wyodrębnił w ramach umów zawieranych ze świadczeniodawcami (Tab.7):

✓ świadczenia podstawowe dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia - liczba punktów zakontraktowanych miesięcznie w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wzrosła o 28,7% z 53 834,87 w 2004r. do 69 309,71 w 2006r. Najwyższa liczba punktów na 10 tys. mieszkańców w tym zakresie świadczeń zakontraktowana została w 2006r. w Mieście Kielce (89 440,39) oraz powiecie pińczowskim (84 679,88). Najniższa natomiast w powiatach kazimierskim (46 564,23) oraz ostrowieckim (47 977,79).

✓ stomatologiczne leczenie osób upośledzonych umysłowo w stopniu znacznym i głębokim w znieczuleniu ogólnym - liczba punktów zakontraktowanych miesięcznie w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców zmniejszyła się o 13,6% z 1 855,81 w 2004r. do 1 603,77 w 2006r. Świadczenia te kontraktowane są w powiatach sandomierskim, staszowskim oraz Mieście Kielce.

<sup>24</sup> Źródło: dane Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach (stan w dniu 19 lipiec 2006r.).

✓ stomatologiczne leczenie pacjentów z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS – świadczenia kontraktowane są dopiero od marca 2006. Realizuje je 1 świadczeniodawca z siedzibą na terenie powiatu kieleckiego. W latach 2004 – 2005 żaden świadczeniodawca nie złożył oferty o udzielanie świadczeń zdrowotnych w tym zakresie.

✓ stomatologiczną pomoc doraźną - liczba punktów zakontraktowanych miesięcznie w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców od 2004r. nie uległa zmianie i wynosiła 0,31. W latach 2004 – 2006 doraźna pomoc stomatologiczna realizowana była przez 1 świadczeniodawcę z siedzibą na terenie Miasta Kielce.

**Tabela 7** Liczba punktów zakontraktowanych miesięcznie w zakresie leczenia stomatologicznego na 10 tys mieszkańców województwa świętokrzyskiego w latach 2004 - 2006<sup>25</sup>

Powiat*	Świadczenia podstawowe dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia			Świadczenia podstawowe dla dorosłych z protetyką			Świadczenia specjalistyczne		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006
buski	58 501,82	59 358,35	64 275,06	198 459,45	172 538,11	174 679,77	0,00	0,00	0,00
jędrzejowski	53 751,66	59 769,13	58 785,59	175 604,11	168 276,07	170 907,47	3 320,79	1 923,87	12 152,93
kazimierski	41 682,66	42 091,85	46 564,23	196 895,74	165 258,48	184 447,33	0,00	0,00	0,00
Miasto Kielce	83 194,41	93 680,62	89 440,39	237 756,31	193 697,65	204 161,55	104 205,85	129 323,88	156 263,20
kielecki	40 898,20	65 519,99	75 508,36	165 875,87	160 527,76	170 137,76	0,00	0,00	7 608,34
konecki	52 529,05	57 518,50	57 837,01	182 108,41	183 139,30	178 797,03	19 997,18	19 476,49	18 673,09
opatowski	59 351,41	62 553,45	70 158,29	170 438,33	159 562,94	161 266,29	0,00	0,00	0,00
ostrowiecki	45 063,11	52 913,20	47 977,79	141 920,59	154 974,75	145 871,54	18 735,84	19 581,71	19 679,97
pińczowski	36 685,67	63 539,73	84 679,88	179 456,02	179 383,23	179 576,31	0,00	0,00	0,00
sandomierski	39 553,11	56 352,03	67 172,68	189 226,64	180 421,19	177 859,18	71 173,50	53 887,05	54 187,28
skarżyski	34 830,19	52 359,50	59 479,71	208 505,38	193 864,33	184 612,44	62 383,54	61 731,89	45 369,62
starachowicki	51 736,57	58 131,19	77 712,55	213 000,00	193 639,12	185 211,88	43 296,82	54 072,97	79 519,22
staszowski	58 462,63	65 249,05	66 033,71	186 135,05	160 906,04	170 050,02	8 018,28	9 842,43	13 410,04
włoszczowski	65 617,13	62 577,69	66 748,08	156 465,16	164 304,17	160 658,64	0,00	0,00	0,00
<b>województwo:</b>	<b>53 834,87</b>	<b>64 754,22</b>	<b>69 309,71</b>	<b>189 056,38</b>	<b>174 850,88</b>	<b>176 840,12</b>	<b>32 364,31</b>	<b>36 202,20</b>	<b>43 412,96</b>

\*wg miejsca udzielania świadczeń

#### cd. Tablica 7

Powiat*	Stomatologiczne leczenie osób upośledzonych umysłowo w stopniu znacznym i głębokim w znieczuleniu ogólnym			Stomatologiczne leczenie pacjentów z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS			Stomatologiczna pomoc doraźna		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006
buski	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
jędrzejowski	3 320,79	1 682,59	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
kazimierski	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Miasto Kielce	3 789,94	4 737,74	5 282,58	0,00	0,00	0,00	1,88	1,88	1,90
kielecki	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1 479,40	0,00	0,00	0,00
konecki	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
opatowski	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ostrowiecki	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
pińczowski	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
sandomierski	9 673,05	9 669,09	9 700,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
skarżyski	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
starachowicki	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

<sup>25</sup> Źródło: dane Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach (stan w dniu 19 lipiec 2006r.).

staszowski	6 681,90	647,46	2 145,61	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
włoszczowski	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>województwo:</b>	<b>1 855,81</b>	<b>1 547,58</b>	<b>1 603,77</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>226,07</b>	<b>0,31</b>	<b>0,31</b>	<b>0,31</b>

\*wg miejsca udzielania świadczeń

#### Wnioski:

1. Liczba punktów zakontraktowanych miesięcznie na 10 tys. mieszkańców województwa systematycznie wzrasta od 2002r.
2. Największy odsetek punktów zakontraktowanych miesięcznie na 10 tys. mieszkańców województwa przeznaczony jest w 2006r. na świadczenia podstawowe dla dorosłych z protetyką (60,7%).
3. Świadczenia podstawowe dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia obejmują 23,8% punktów zakontraktowanych miesięcznie w 2006r. na 10 tys. mieszkańców województwa.

#### **1.4.4. Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna**

Specjalistyczna ambulatoryjna opieka zdrowotna jest częścią systemu ochrony zdrowia obejmującą udzielanie świadczeń zdrowotnych we wszystkich dziedzinach medycyny, z wyłączeniem świadczeń udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych. Świadczenia udzielane są w poradniach specjalistycznych, gabinetach specjalistycznych oraz innych komórkach organizacyjnych danej specjalności przez lekarza specjalistę lub osobę, która uzyskała uprawnienia do udzielania świadczeń specjalistycznych. W przypadkach określonych klinicznie świadczeniodawcy zobowiązani są również do udzielania ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w formie wizyt domowych. Świadczenia te mogą być realizowane w formie porady typu: I, II, III oraz IV (zabiegowo - diagnostyczna). Standardy przyjęte przez NFZ przewidują dla porady specjalistycznej średni czas jej trwania od 15 do 20 minut. Zadaniem ambulatoryjnej opieki specjalistycznej jest także wsparcie struktur podstawowej opieki zdrowotnej oraz kontynuacja leczenia stacjonarnego. Lekarze specjaliści powinni korzystając ze swego merytorycznego przygotowania, doświadczenia oraz technicznego zaplecza diagnostycznego, służyć pomocą lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej w ustaleniu diagnozy oraz zasad leczenia pacjenta. Dobra współpraca pomiędzy oboma szczeblami opieki zdrowotnej jest niezbędna dla poprawy jakości i dostępności do świadczeń opieki ambulatoryjnej.

W poprzedniej edycji Programu na lata 2003 – 2005 wskazano 13 specjalności medycznych, do których mieszkańcy regionu powinni mieć zapewnioną dostępność na terenie poszczególnych powiatów. Natomiast pozostałe poradnie specjalistyczne powinny zapewniać

dostępność opieki na terenie województwa. Zgodnie z Rocznym sprawozdaniem o działalności i zatrudnieniu w ambulatoryjnej, specjalistycznej opiece zdrowotnej (druk MZ – 12) w 2005r. w strukturze regionalnego systemu ochrony zdrowia funkcjonowały następujące poradnie świadczące usługi w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Tab.8 i 9):

**Tabela 8** Struktura poradni specjalistycznych, które powinny być dostępne na terenie powiatów województwa świętokrzyskiego w 2005 roku<sup>26</sup>

Powiat	diabetologiczna (kod 1020)			gruźlicy i chorób płuc oraz pulmonologiczna (kod 1270;1272)			reumatologiczna (kod 1280)			alergologiczna (kod 1010-1016)		
	sp ZOZ	n ZOZ	razem	sp ZOZ	n ZOZ	razem	sp ZOZ	n ZOZ	razem	sp ZOZ	n ZOZ	razem
<b>Województwo ogółem</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>24</b>	<b>17</b>	<b>7</b>	<b>24</b>	<b>15</b>	<b>18</b>	<b>33</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>23</b>
buski	1		1	1		1		1	1			0
jędrzejowski	1		1	1		1	1	1	2	1		1
kazimierski			0	1		1			0			0
kielecki			0	2	1	3	2	1	3	1		1
Kielce Miasto	4	4	8	2	5	7	2	8	10	2	4	6
konecki	1		1	2		2	1		1	2	1	3
opatowski	1		1	1		1	1	2	3	1		1
ostrowiecki		3	3			0		1	1		3	3
pińczowski	1		1			0	1		1	1		1
sandomierski	1	1	2	2	1	3	1	2	3	1	1	2
skarżyski			0	1		1	1		1	2		2
starachowicki	2	1	3	1		1	3	1	4	1	1	2
staszowski	1		1	2		2	1	1	2		1	1
włoszczowski	1	1	2	1		1	1		1			0

**cd. Tablica 8**

Powiat	kardiologiczna (kod 1100-1104)			dermatologiczna (kod 1200-1202)			neurologiczna (kod 1220-1232)			rehabilitacyjna (kod 1300-1308)		
	sp ZOZ	n ZOZ	razem	sp ZOZ	n ZOZ	razem	sp ZOZ	n ZOZ	razem	sp ZOZ	n ZOZ	razem
<b>Województwo ogółem</b>	<b>18</b>	<b>17</b>	<b>35</b>	<b>13</b>	<b>16</b>	<b>29</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>49</b>	<b>12</b>	<b>17</b>	<b>29</b>
buski		1	1		1	1		2	2		2	2
jędrzejowski		2	2	1	2	3	1	2	3	1	2	3
kazimierski			0			0			0			0
kielecki	2		2			0	4	1	5		2	2
Kielce Miasto	4	11	15	3	8	11	4	14	18	2	9	11
konecki	1		1	2		2	3		3	2		2
opatowski	1	1	2	1		1	2	1	3	1		1
ostrowiecki	1		1		1	1			0	1	1	2
pińczowski	1		1			0	1		1	1		1
sandomierski	2		2		1	1	2		2	1		1
skarżyski	2		2	2	1	3	3		3	2		2
starachowicki	1		1	2	1	3	2	3	5			0
staszowski	2	2	4	1	1	2	2	1	3	1	1	2
włoszczowski	1		1	1		1		1	1			0

<sup>26</sup> Źródło: dane Świętokrzyskiego Centrum Monitorowania Ochrony Zdrowia w Kielcach.

cd. Tablica 8

Powiat	ginekologiczno – położnicza (kod 1450-1458)			chirurgii ogólnej (kod 1500-1508)			urazowo- ortopedyczna (kod 1580-1587)			okulistyczna (kod 1600-1604)			otolaryngologiczna (kod 1610-1615)		
	sp zoz	n zoz	razem	sp zoz	n zoz	razem	sp zoz	n zoz	razem	sp zoz	n zoz	razem	sp zoz	n zoz	razem
<b>Województwo ogółem</b>	<b>69</b>	<b>47</b>	<b>116</b>	<b>23</b>	<b>17</b>	<b>40</b>	<b>24</b>	<b>12</b>	<b>36</b>	<b>19</b>	<b>26</b>	<b>45</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>50</b>
buski	4	3	7	1		1	2	2	4			0	1		1
jędrzejowski	10	1	11	3		3	1	1	2	1	2	3	1	2	3
kazimierski	2		2	1		1	1		1			0			0
kielecki	11	1	12	2	1	3	1		1	1	1	1	1	1	2
Kielce Miasto	10	15	25	6	10	16	3	6	9	4	14	18	8	15	23
konecki	4	2	6	1		1	2		2	2		2	1		1
opatowski	2	3	5	1		1	1		1	2	1	3	2	1	3
ostrowiecki	3	5	8		2	2	1	2	3			0		1	1
pińczowski	3		3	1		1	1		1	1		1	1		1
sandomierski	2	6	8	1	1	2	2		2		4	4		3	3
skarżyski	6		6	2		2	2		2	2		2	3		3
starachowicki	5	4	9	2		2	3		3	6	3	9	2	1	3
staszowski	6	2	8	1	2	3	2	1	3	1	1	2	4	1	5
włoszczowski	1	5	6	1	1	2	2		2			0	1		1

**Tabela 9** Struktura poradni specjalistycznych, które powinny być dostępne na terenie województwa świętokrzyskiego w 2005 roku<sup>27</sup>

Powiat	chorób wewnętrznych (kod 1000)			chorób metabolicznych (kod 1008)			endokrynologiczna (kod 1030)			gastroeterologicz., gastrologiczna, hepatologiczna (kod 1050-1056)			geriatryczna (kod 1060)		
	sp zoz	n zoz	razem	sp zoz	n zoz	razem	sp zoz	n zoz	razem	sp zoz	n zoz	razem	sp zoz	n zoz	razem
<b>Województwo ogółem</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>16</b>	<b>6</b>	<b>22</b>	<b>13</b>	<b>3</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
buski															
jędrzejowski										1		1			
kazimierski															
kielecki		1	1				2		2						
Kielce Miasto	2	1	3	2	1	3	7	5	12	5	1	6		1	1
konecki	3		3												
opatowski							1		1	1		1			
ostrowiecki		1	1				1	1	2		1	1			
pińczowski															
sandomierski							1		1		1	1			
skarżyski							1		1	2		2			
starachowicki							1		1	2		2			
staszowski							1		1	1		1			
włoszczowski							1		1	1		1			

<sup>27</sup> Źródło: dane Świętokrzyskiego Centrum Monitorowania Ochrony Zdrowia w Kielcach.

cd. Tablica 9

Powiat	hematologiczna (kod 1070)			nefrologiczna (kod 1130)			medycyny paliatywnej (kod 1180)			neonatologiczna (kod 1421)			chirurgii naczyniowej (kod 1530)		
	sp zoz	n zoz	razem	sp zoz	n zoz	razem	sp zoz	n zoz	razem	sp zoz	n zoz	razem	sp zoz	n zoz	razem
<b>Województwo ogółem</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
buski				1		1									
jędrzejowski				1		1				1		1			
kazimierski															
kielecki															
Kielce Miasto	2		2	3		3	1		1	4		4		1	1
konecki				1		1				1		1	1		1
opatowski										1		1			
ostrowiecki				1	1	2					1	1			
pińczowski										1		1			
sandomierski				2		2				1		1		1	1
skarżyski										1		1			
starachowicki				1		1		1	1						
staszowski															
włoszczowski															

cd. Tablica 9

Powiat	chirurgii onkologicznej (kod 1540)			neurochirurgiczna (kod 1570)			urologiczna (kod 1640)			onkologiczna (kod 1240-1244)			chorób zakaźnych (kod 1340-1348)		
	sp zoz	n zoz	razem	sp zoz	n zoz	razem	sp zoz	n zoz	razem	sp zoz	n zoz	razem	sp zoz	n zoz	razem
<b>Województwo ogółem</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	<b>5</b>	<b>20</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>6</b>
buski							1		1				1		1
jędrzejowski							1		1						
kazimierski															
kielecki							2		2						
Kielce Miasto	1		1	1		1	3	3	6	6		6	3		3
konecki	1		1				1		1						
opatowski	1		1												
ostrowiecki	1		1					1	1						
pińczowski							1		1						
sandomierski	1		1				1		1				1		1
skarżyski	1		1				2		2				1		1
starachowicki	1		1				1		1						
staszowski	1		1				1	1	2						
włoszczowski							1		1						

Największa liczba ubezpieczonych oczekiwała<sup>28</sup> na uzyskanie świadczeń zdrowotnych w poradniach:

- ✓ okulistycznej – 2 662 osoby (1,37% świadczeń udzielonych w 2005r.),
- ✓ dermatologicznej – 1 847 osób (1,08% świadczeń udzielonych w 2005r.),
- ✓ endokrynologicznej – 1 550 osób (2,03% świadczeń udzielonych w 2005r.),
- ✓ ginekologiczno – położniczej – 839 osób (0,21% świadczeń udzielonych w 2005r.),
- ✓ onkologicznej – 786 osób (3,71% świadczeń udzielonych w 2005r.),
- ✓ leczenia jaskry – 773 osoby (5,14% świadczeń udzielonych w 2005r.),
- ✓ reumatologicznej – 568 osób (0,53% świadczeń udzielonych w 2005r.),
- ✓ alergologicznej dla dzieci – 510 osób (1,10% świadczeń udzielonych w 2005r.).

Najdłużej, powyżej 3 miesięcy do 6 miesięcy, oczekiwali pacjenci na świadczenia w poradniach:

- ✓ okulistycznej – 2 111 osób (79,30% oczekujących w poradni),
- ✓ leczenia jaskry – 770 osób (99,61% oczekujących w poradni),
- ✓ gastroenterologicznej – 83 osoby (16,77% oczekujących w poradni),
- ✓ kardiologicznej – 31 osób (7,91% oczekujących w poradni),
- ✓ gastrologicznej – 3 osoby (6,00% oczekujących w poradni).

Wnioski: W 2005 roku:

1. Wśród poradni, których dostępność powinna być zapewniona na terenie każdego powiatu jedynie poradnie: ginekologiczno – położnicza, chirurgii ogólnej oraz urazowo – ortopedyczna funkcjonowały w każdym powiecie. Najmniejszy zakres ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dostępny był w powiecie kazimierskim (poradnie: gruźlicy i chorób płuc, ginekologiczno – położnicza, chirurgii ogólnej oraz urazowo – ortopedyczna).
2. Wśród poradni, których dostępność powinna być zapewniona na terenie województwa – większość poradni (80,0%) funkcjonowała w publicznych placówkach ochrony zdrowia. Poradnie zlokalizowane były głównie na terenie Miasta Kielce.
3. Część poradni ambulatoryjnej opieki specjalistycznej charakteryzowała się dużą liczbą oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej i średnim czasem oczekiwania na uzyskanie świadczenia powyżej 3 miesięcy.

---

<sup>28</sup> Źródło: dane Świątokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach (stan w dniu 31.12.2005r.).

#### **1.4.5. Lecznictwo stacjonarne w latach 2003 - 2005**

Analizując działalność poszczególnych dyscyplin medycznych leczenia stacjonarnego wzięto pod uwagę przeciętny pobyt chorego w dniach oraz wykorzystanie łóżek (w %) w latach 2002 i 2005<sup>29</sup>. Porównano również przedmiotowe wskaźniki ze wskaźnikami, dotyczącymi średniego czasu leczenia i wykorzystania łóżek, rekomendowanymi dla poszczególnych specjalności medycznych w Regionalnym Programie Restrukturyzacji Zakładów Opieki Zdrowotnej na lata 2003 – 2005.

W 2005 roku na terenie województwa funkcjonowało 33 zakłady leczenia stacjonarnego, w tym 23 których organem założycielskim były samorządy terytorialne, 1 szpital MSWiA oraz 9 niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Samorząd województwa był organem założycielskim 7 zakładów, w tym 2 szpitali psychiatrycznych natomiast samorządy powiatowe oraz gmina Kielce 16 zakładów. W latach 2003 - 2005 liczba publicznych zakładów nie uległa zmianie w stosunku do 2002r. Wzrosła natomiast o 5 liczba zakładów niepublicznych, w tym było 3 zakłady opieki długoterminowej.

Szpital ogólny i psychiatryczny (bez szpitala MSWiA) oraz zakłady pielęgnacyjno – opiekuńcze dysponowały w 2005 roku łącznie 7 320 łózkami, których liczba zmniejszyła się o 34 w stosunku do 2002r. Liczba łóżek w szpitalach publicznych zmniejszyła się o 163 natomiast w zakładach niepublicznych wzrosła w stosunku do 2002 roku o 129. W oddziałach opieki krótkoterminowej nastąpiło zmniejszenie liczby łóżek o 215 tj. z 5 484 w 2002r. do 5 269 w 2005r., w oddziałach psychiatrycznych liczba łóżek uległa zmniejszeniu o 56 z 1 052 w 2002r. do 996 w 2005r. natomiast w oddziałach opieki długoterminowej (gruźlicy i chorób płuc, rehabilitacji, przewlekłe chorych, zakładach pielęgnacyjno – opiekuńczych) liczba łóżek wzrosła z 818 w 2002r. do 1 055 w 2005r. tj. o 237 łóżek (108 łóżek w publicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz 129 łóżek w zakładach niepublicznych). W 2005 roku wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców województwa był wyższy o 1,0 od wskaźnika przyjętego w 2002 roku przez Ministerstwo Zdrowia w założeniach Narodowej Ochrony Zdrowia, w tym dla opieki krótkoterminowej był wyższy o 6,0; dla opieki psychiatrycznej wyższy o 0,8 natomiast dla opieki długoterminowej był niższy o 5,8. (Tab.10)

---

<sup>29</sup> Źródło: Świętokrzyskie Centrum Monitorowania Ochrony Zdrowia w Kielcach. (druki: MZ-29 Sprawozdanie o działalności szpitala ogólnego, MZ-29A Sprawozdanie o działalności zakładu długoterminowej, stacjonarnej opieki zdrowotnej, MZ-30 Roczne sprawozdanie z działalności zakładu psychiatrycznej opieki stacjonarnej).



**Tabela 10** Wskaźniki oraz struktura łóżek w województwie świętokrzyskim w latach 2002 i 2005

OPIEKA	Narodowa Ochrona Zdrowia- strategiczne kierunki działań MZ w latach 2002-2003 (dokument przyjęty przez RM)			stan na 31.12.2002r.		zmiana 2005- 2003	stan na 31.12.2005r.		różnica pomiędzy stanem w 2005r. a stanem wskazanym w RPR ZOZ WŚ 2003- 2005	
	wskaźnik łóżek na 10 tys.	liczba łóżek wg wskaźnika*	różnica pomiędzy liczbą łóżek wg wskaźnika a stanem na 31.12.2005.	ilość łóżek	ilość łóżek na 10 tys.		ilość łóżek	ilość łóżek na 10 tys.*		
<b>KRÓTKOTERMINOWA</b>	35	4 498	771	5 484	41,6	-215	5 269	41,0	426	
<b>DŁUGOTERMINOWA **</b>	<b>sp zoż</b>	14	1 799	-744	708	5,4	108	816	6,3	2
	<b>n zoż</b>						129	239	1,9	
<b>PSYCHIATRYCZNA</b>	7	900	96	1 052	8,0	-56	996	7,8	-90	
<b>RAZEM **: </b>	<b>56</b>	<b>7 196</b>	<b>124</b>	<b>7 244</b>	<b>54,9</b>	<b>-34</b>	<b>7 320</b>	<b>57,0</b>	<b>338</b>	

\* populacja ogółem - liczba ludność stan w dniu **31.12.2005r.** - **1 285 007** (GUS)

\*\* w RPR ZOZ WŚ na lata 2003 – 2005 (stan w dniu 31.12.2002r.) wskazana była tylko liczba w publicznych zakładach / oddziałach opieki długoterminowej

### Opieka Krótkoterminowa

Szpitalne ogólne dysponowały w 2005 roku łącznie 5 269 łózkami opieki krótkoterminowej. Ich liczba zmniejszyła się w latach 2003 - 2005 o 215 w stosunku do 2002r., była jednak wyższa o 426 w stosunku do stanu planowanego na koniec 2005 roku. Największa liczba zlikwidowanych łóżek dotyczyła oddziałów wewnętrznych (116), onkologicznych (65), chirurgii ogólnej (35), obserwacyjno zakaźnych (33), chirurgii urazowo – ortopedycznej (32) oraz pediatrycznych (30). Największe zwiększenie liczby łóżek dotyczyło oddziałów kardiologicznych, których liczba wzrosła o 57. Wskaźnik liczby łóżek krótkoterminowych na 10 tys. mieszkańców województwa zmniejszył się o 1,6 łóżka w stosunku do 2002r. i wynosił w 2005r. 41,0 na 10 tys. Był on jednak wyższy o 6,0 od wskaźnika przyjętego przez Ministerstwo Zdrowia, który wynosił 35 łóżek na 10 tys. mieszkańców. (Tab.10 i 11)

Liczba leczonych w 2005 roku wzrosła o 7,3% tj. 16 227 osób w stosunku do 2002 roku i wynosiła 239 532 osoby (Tab.12).

Przeciętny pobyt chorego uległ w latach 2003 – 2005 skróceniu o 1,7 dnia w stosunku do 2002r. Skrócenie pobytu dotyczyło większości dyscyplin opieki krótkoterminowej. Wydłużył się on jedynie w oddziałach reumatologicznych (o 1,0 dnia) oraz onkologicznych (o 0,7 dnia). W 2005r. w większości specjalności medycznych czas ten był krótszy od przyjętych kierunkowych wskaźników dotyczących średniego czasu leczenia w dniach.

Jedynie w oddziałach reumatologicznych był on dłuższy o 0,2 dnia w stosunku do wskaźnika rekomendowanego. (Tab.12)

Wykorzystanie łóżek uległo zmniejszeniu o 12,5% w stosunku do 2002 roku i wynosiło w 2005r. 68,0%. W latach 2003 – 2005 wzrost wykorzystania łóżek nastąpił w oddziałach: kardiologicznych (o 1,6%), onkologicznych (o 12,1%), ratownictwa medycznego (o 8,5%) oraz obserwacyjno – zakaźnych (o 2,0%). Najniższe wykorzystanie łóżek utrzymywało się w oddziałach noworodków i wcześniaków (2005r. - 35,8%) oraz pediatrycznych (2005r. - 49,7%). W większości oddziałów wykorzystanie łóżek było niższe od przyjętych kierunkowych wskaźników dotyczących wykorzystania łóżek w %. Jedynie w oddziałach kardiologicznych wskaźnik ten był w 2005r. wyższy od wskaźnika rekomendowanego. (Tab.12)

**Tabela 11** Struktura łóżek stacjonarnej opieki krótkoterminowej w województwie świętokrzyskim w latach 2002 i 2005

specjalność	stan na 31.12.2002r.		zmiana 2003-2005	stan na 31.12.2005r.		różnica pomiędzy stanem w 2005r. a stanem wskazanym w RPR ZOZ WŚ 2003-2005
	ilość łóżek	ilość łóżek na 10 tys.		ilość łóżek	ilość łóżek na 10 tys.*	
Choroby wewnętrzne	1 134	8,6	-116	1 018	7,9	80
Kardiologia (łącznie z intensywnym nadzorem kardiologicznym)	265	2,0	57	322	2,5	70
Kardiochirurgia	0	0,0	0	0	0,0	-12
Nefrologia (łącznie z oddziałem dziecięcym)	57	0,4	2	59	0,5	-15
Reumatologia	103	0,8	13	116	0,9	5
Pediatryka i pochodne (m.in. niemowlęcy, wewnętrzny, pulmonologiczno-alergologiczny, endokrynologiczno-diabetologiczny)	429	3,3	-30	399	3,1	77
Pediatryka - specjalistyczne oddziały WSSzDz w Kielcach	216	1,6	-14	202	1,6	6
Neurologia	303	2,3	0	303	2,4	-7
Dermatologia (skórno-wenerologiczne)	51	0,4	2	53	0,4	2
Onkologia kompleksowa ( onkologia ogólna, chemioterapia, radioterapia, brachyterapia, onkohematologia, medycyna nuklearna, endokrynologia, chirurgia onkol.)	288	2,2	-65	223	1,7	-71
Obserwacyjno - zakaźne	211	1,6	-33	178	1,4	28
Chirurgia ogólna	738	5,6	-35	703	5,5	20
Inne o profilu zabiegowym (chirurgia klatki piersiowej, neurochirurgia, chirurgia naczyniowa)	114	0,9	0	114	0,9	0
Chirurgia urazowa-ortopedyczna	356	2,7	-32	324	2,5	4
Anestezjologia i Intensywna Terapia	79	0,6	11	90	0,7	11
Okulistyka	109	0,8	-17	92	0,7	9

Otolarygologia	146	1,1	22	168	1,3	47	
Położnictwo i ginekologia	725	5,5	-6	719	5,6	119	
Urologia	160	1,2	12	172	1,3	39	
Ratownictwo medyczne	9	0,1	5	14	0,1	-37	
<b>Ogółem - OPIEKA KRÓTKOTERMONOWA</b>	<b>5 484</b>	<b>41,6</b>	<b>-215</b>	<b>5 269</b>	<b>41,0</b>	<b>426</b>	
<b>INNE</b>							
Stacje Dializ	sp ZOZ	57	0,4	20	63	0,5	2
	n ZOZ				14	0,1	
Oddziały Noworod. i Wcześnieaków	440	3,3	-11	429	3,3	docelowo 70% l.polożniczych	
Oddziały dzienne (rehabilitacyjne, dermatologiczne, reumatologiczne, okulistyczne)	sp ZOZ	120	0,9	77	186	1,4	-53
	n ZOZ				11	0,1	

populacja ogółem - liczba ludność stan w dniu 31.12.2005r. - 1 285 007 (GUS)

**Tabela 12** Wskaźniki działalności stacjonarnej opieki krótkoterminowej w województwie świętokrzyskim w latach 2002 i 2005

specjalność	liczba leczonych			średni czas pobytu				wykorzystanie łóżek w %			
	2002	2005	2003-2005	2002	rek.	2005	2003-2005	2002	rek.	2005	2003-2005
Choroby wewnętrzne	44 393	41 564	-2 829	8,7	8,0	7,3	-1,4	93,1	95,0	80,8	-12,3
Kardiologia (łącznie z intensywnym nadzorem kardiologicznym)	11 813	16 393	4 580	7,6	8,0	7,1	-0,5	97,8	95,0	99,4	1,6
Nefrologia (łącznie z oddziałem dziecięcym)	2 493	2 789	296	7,4	7,5	4,8	-2,6	89,2	95,0	61,6	-27,6
Reumatologia	3 741	2 421	-1 320	9,2	10,0	10,2	1,0	91,3	90,0	54,4	-36,9
Pediatrya i pochodne (m.in. niemowlęcy, wewnętrzny, pulmonologiczno-alergologiczny, endokrynologiczno-diabetologiczny)	16 850	16 898	48	5,8	6,0	4,3	-1,5	62,7	80,0	49,7	-13,0
Pediatrya - specjalistyczne oddziały WSSzDz w Kielcach	9 138	9 766	628	5,8	6,0	4,3	-1,5	66,9	80,0	53,1	-13,8
Neurologia	10 619	10 968	349	9,5	10,0	8,5	-1,0	99,1	85,0	84,5	-14,6
Dermatologia (skórno-wenerologiczne)	1 738	1 808	70	9,8	9,5	8,6	-1,2	91,7	95,0	81,8	-9,9
Onkologia kompleksowa (onkologia ogólna, chemioterapia, radioterapia, brachyterapia, onkohematologia, medycyna nuklearna, endokrynologia oraz chirurgia onkologiczna)	14 023	11 166	-2 857	6,2	x	6,9	0,7	82,7	x	94,8	12,1
Obserwacyjno - zakaźne	6 330	6 313	-17	7,7	7,5	6,7	-1,0	63,0	75,0	65,0	2,0
Chirurgia ogólna	32 324	36 004	3 680	7,0	7,0	5,5	-1,5	83,7	85,0	76,7	-7,0
Inne o profilu zabiegowym (chirurgia klatki piersiowej, neurochirurgia, chirurgia naczyniowa z angiologią)	3 489	4 770	1 281	11,3	x	8,2	-3,1	95,1	x	93,6	-1,5
Chirurgia urazowa-ortopedyczna	13 853	12 904	-949	6,8	7,5	6,3	-0,5	72,0	85,0	68,6	-3,4
Anestezjologia i Intensywna Terapia	2 428	3 887	1 459	6,9	x	4,8	-2,1	58,5	x	56,6	-1,9
Okulistyka	4 148	4 532	384	7,4	7,0	4,3	-3,1	77,1	90,0	56,2	-20,9

Otolaryngologia	6 098	8 709	2 611	6,4	6,5	4,2	-2,2	73,7	85,0	60,8	-12,9
Położnictwo i ginekologia	31 991	32 858	867	5,3	5,5	4,8	-0,5	64,4	80,0	60,0	-4,4
Urologia	7 836	11 843	4 007	6,5	6,0	4,3	-2,2	86,9	90,0	83,8	-3,1
Ratownictwo medyczne	54	3 939	3 885	1,0	x	0,1	-0,9	1,6	x	10,1	8,5
<b>RAZEM</b>	<b>223 305</b>	<b>239 532</b>	<b>16 227</b>	<b>7,5</b>	<b>x</b>	<b>5,9</b>	<b>-1,7</b>	<b>80,5</b>	<b>x</b>	<b>68,0</b>	<b>-12,5</b>
Noworodki i wcześniaki	x	x	x	5,2	x	5,0	x	37,6	x	35,8	x

### Opieka Długoterminowa

Stacjonarne zakłady opieki zdrowotnej dysponowały w 2005 roku łącznie 1 055 łózkami opieki długoterminowej. Ich liczba wzrosła się w latach 2003 - 2005 roku o 237 w stosunku do 2002r., była równocześnie wyższa o 2 w stosunku do stanu planowanego na koniec 2005 roku. Największa liczba nowo utworzonych łóżek dotyczyła zakładów opiekuńczo – leczniczych i pielęgnacyjno - opiekuńczych (206), w tym 62,6% stanowiły łóżka w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej. Wskaźnik liczby łóżek długoterminowych na 10 tys. mieszkańców województwa zwiększył się o 2,8 łóżka i w 2005r. wynosił 8,2 na 10 tys. Był on jednak niższy o 5,8 od wskaźnika przyjętego przez Ministerstwo Zdrowia, który wynosił 14 łóżek na 10 tys. mieszkańców. (Tab.10 i 13)

Liczba leczonych w latach 2003 - 2005 wzrosła o 9,8% tj. 1 020 osób w stosunku do 2002r. i wynosiła 11 462 osoby (Tab.14).

Przeciętny pobyt chorego wydłużył się o 2,3 dnia. Skrócił się on jedynie w oddziałach gruźlicy i chorób płuc (o 3,5 dnia) oraz rehabilitacji dziecięcej (o 6,0 dni). W większości dyscyplin medycznych opieki długoterminowej czas ten był krótszy od przyjętych kierunkowych wskaźników dotyczących średniego czasu leczenia w dniach. Jedynie w oddziałach rehabilitacji dorosłych był on dłuższy o 2,1 dnia w stosunku do wskaźnika rekomendowanego. (Tab.14)

Wykorzystanie łóżek w 2005r. wynosiło 91,2%. W latach 2003 – 2005 uległo zmniejszeniu o 5,4% w stosunku do 2002r. W większości oddziałów wykorzystanie łóżek było niższe od przyjętych kierunkowych wskaźników dotyczących wykorzystania łóżek w %. Jedynie w oddziałach rehabilitacji dziecięcej wskaźnik ten był wyższy od wskaźnika rekomendowanego. (Tab.14)

**Tabela 13** Struktura łóżek stacjonarnej opieki długoterminowej w województwie świętokrzyskim w latach 2002 i 2005

specjalność	stan na 31.12.2002r.		zmiana 2003-2005	stan na 31.12.2005r.		różnica pomiędzy stanem w 2005r. a stanem wskazanym w RPR ZOZ WŚ 2003-2005	
	ilość łóżek	ilość łóżek na 10 tys.		ilość łóżek	ilość łóżek na 10 tys.*		
Gruźlica i choroby płuc	305	2,3	-11	294	2,3	19	
Rehabilitacja	dorośli	125	1,0	43	168	1,3	-11
	dzieci	70	0,5	15	85	0,7	-5
Oddziały przewlekłe chorych oraz terapii paliatywnej	40	0,3	-16	24	0,2	-1	
Zakłady opiek.-lecznicze, pielęgn.-opiek., paliatywno-hospicyjne **	sp zoz	168	1,3	77	245		1,9
	n zoz			129	239		1,9
<b>Ogółem – OP. DŁUGOTERMINOWA **</b>	<b>708</b>	<b>5,4</b>	<b>237</b>	<b>1 055</b>	<b>8,2</b>	<b>2</b>	

\* populacja ogółem - liczba ludność stan w dniu 31.12.2005r. - 1 285 007 (GUS)

\*\* w RPR ZOZ WŚ na lata 2003 – 2005 (stan w dniu 31.12.2002r.) wskazana była tylko liczba w publicznych zakładach / oddziałach opieki długoterminowej

**Tabela 14** Wskaźniki działalności stacjonarnej opieki długoterminowej w województwie świętokrzyskim w latach 2002 i 2005

specjalność	liczba leczonych			średni czas pobytu				wykorzystanie łóżek w %			
	2002	2005	2003-2005	2002	rek.	2005	2003-2005	2002	rek.	2005	2003-2005
Gruźlica i Choroby Płuc	5 085	5 710	625	20,5	19,0	17,0	-3,5	96,7	90,0	89,4	-7,3
Rehabilitacja Dorośli	3 436	2 321	-1 115	12,9	20,5	22,6	9,7	96,9	95,0	88,2	-8,7
Rehabilitacja Dziecięca	838	1 205	367	33,3	30,0	27,3	-6,0	109,3	95,0	105,9	-3,4
Przewlekłe Chorych Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze, Pielęgnacyjno – Opiekuńcze *	1 083	2 226	1 143	58,6	x	67,7	9,1	83,6	x	81,3	-2,3
<b>RAZEM *:</b>	<b>10 442</b>	<b>11 462</b>	<b>1 020</b>	<b>31,3</b>	<b>x</b>	<b>33,7</b>	<b>2,3</b>	<b>96,6</b>	<b>x</b>	<b>91,2</b>	<b>-5,4</b>

\* w RPR ZOZ WŚ na lata 2003 – 2005 (stan w dniu 31.12.2002r.) wskazana była tylko liczba w publicznych zakładach / oddziałach opieki długoterminowej

### Opieka Psychiatryczna

Stacjonarne zakłady opieki zdrowotnej dysponowały w 2005 roku łącznie 996 łózkami opieki psychiatrycznej (kod: 4700 4704; 4701; 4742; 4744; 4710; 4714), w tym 936 łózkami dysponowały 2 szpitale psychiatryczne oraz 60 łózkami szpitale ogólne. Ich liczba zmniejszyła się w latach 2003 - 2005 o 56 w stosunku do 2002r. i była niższa o 90 w stosunku do stanu planowanego na koniec 2005 roku. Wskaźnik liczby łóżek psychiatrycznych na 10 tys. mieszkańców województwa zmniejszył się o 0,2 łóżka i wynosił 7,8 na 10 tys. (Polska 2004r.-8,1). Był on jednak wyższy o 0,8 od wskaźnika przyjętego w 2002 roku przez Ministerstwo Zdrowia, który wynosił 7 łóżek na 10 tys. mieszkańców. Liczba łóżek (miejsc) w dziennych oddziałach psychiatrycznych zmniejszyła się w tym samym czasie o 15. (Tab.10 i 15)

Liczba leczonych w 2005 roku wzrosła o 5,0% tj. 450 osób w stosunku do 2002 roku i wynosiła 9 522 osoby. Średni czas pobytu w wynosił 34,8 dnia (Polska 2004r.-38,0 dnia) i był krótszy w stosunku do 2002r. o 7,6 dnia. Wykorzystanie łóżek uległo zmniejszeniu o 7,1% w stosunku do 2002 roku i wynosiło 91,9% (Polska 2004r.-91,0%). (Tab.16)

W porównaniu z rekomendowanymi wskaźnikami działalności:

- ✓ liczba łóżek była niższa o 90 od docelowej liczby łóżek,
- ✓ wykorzystanie łóżek było wyższe o 1,9% od rekomendowanego,
- ✓ średni czas pobytu był krótszy od górnej granicy czasu rekomendowanego o 5,2 dnia.

**Tabela 15** Struktura łóżek stacjonarnej opieki psychiatrycznej w województwie świętokrzyskim w latach 2002 i 2005

specjalność	stan na 31.12.2002r.		zmiana 2003-2005	stan na 31.12.2005r.		różnica pomiędzy stanem w 2005r. a stanem wskazanym w RPR ZOZ WŚ 2003-2005
	ilość łóżek	ilość łóżek na 10 tys.		ilość łóżek	ilość łóżek na 10 tys.*	
oddziały psychiatryczne stacjonarne dla dorosłych (4700, 4702, 4704)	1 052	8,0	-56	677	5,3	-90
oddziały psychiatryczne stacjonarne dla dzieci i młodzieży (4701, 4703, 4705, 4707)				18	0,1	
oddziały odwykowe dla osób uzależnionych od alkoholu (4742, 4744, 4745)				199	1,5	
oddziały odwykowe dla osób uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych (4746, 4747, 4748, 4750, 4751, 4752, 4754, 4756)				0	0,0	
oddziały psychiatryczne dla chorych somatycznie oraz łóżka przeznaczone na wykonanie środka zabezpieczającego (4710, 4714, Dz.U.179/2004 poz.1854 - 30 na od. ogólnopsychiatrycznych)				102	0,8	
<b>Ogółem - OPIEKA PSYCHIATRYCZNA</b>	<b>1 052</b>	<b>8,0</b>	<b>-56</b>	<b>996</b>	<b>7,8</b>	<b>-90</b>
<b>INNE</b>						
oddział dzienny dla dorosłych (kody: 2700-p.ogólny, 2706-zab.nerw., 2716-p.nocny, 2722-p.hostel) **	60	0,5	-15	45	0,4	-210
oddział dzienny dla dzieci (kody: 2701-p.dz.i mł., 2707-zab.nerw.dz. i mł.) ***				2	2	
oddział dzienny odwykowy (kody: 2711-uzal.alk.dz. i mł., 2712-uzal.alk., 2718-nocny uzal., 2724-hostel uzal.alk., 2713-uzal.śr.psych.dz. i mł., 2714-uzal.śr.psych., 2726-hostel uzal.śr.psych., 2740-uzal.niescharakteryzowane)				0	0,0	
				0	0,0	

\* populacja ogółem - liczba ludność stan w dniu 31.12.2005r. - 1 285 007 (GUS)

\*\* liczba miejsc na 10 tys. mieszkańców lub liczba oddziałów w miastach powyżej 70 tys. mieszkańców

\*\*\* liczba ludności w miastach stan w dniu 31.12.2005r. - 583 488 (GUS)

**Tabela 16** Wskaźniki działalności stacjonarnej opieki psychiatrycznej w województwie świętokrzyskim w latach 2002 i 2005

specjalność	liczba leczonych			średni czas pobytu				wykorzystanie łóżek w %			
	2002	2005	2003-2005	2002	rek.	2005	2003-2005	2002	rek.	2005	2003-2005
oddziały stacjonarne	9 072	9 522	450	42,4	40,0	34,8	-7,6	99,0	90,0	91,9	-7,1
<b>RAZEM:</b>	<b>9 072</b>	<b>9 522</b>	<b>450</b>	<b>42,4</b>	<b>x</b>	<b>34,8</b>	<b>-7,6</b>	<b>99,0</b>	<b>x</b>	<b>91,9</b>	<b>-7,1</b>

Największa liczba ubezpieczonych<sup>30</sup> oczekiwała na przyjęcie do szpitala w oddziałach:

- ✓ chirurgii urazowo – ortopedycznej – 544 osoby (4,98% świadczeń udzielonych w 2005r.),
- ✓ kardiologicznym – 457 osób (3,71% świadczeń udzielonych w 2005r.)
- ✓ chirurgii ogólnej – 204 osoby (0,65% świadczeń udzielonych w 2005r.),
- ✓ otolaryngologicznym – 204 osoby (2,63% świadczeń udzielonych w 2005r.),
- ✓ okulistycznym – 91 osób (2,10% świadczeń udzielonych w 2005r.).

Powyżej 2 miesięcy oczekiwali pacjenci na leczenie w oddziałach:

- ✓ kardiologicznym – 457 osób (100,00% oczekujących w oddziale), wszystkie osoby oczekiwały na przyjęcie od 3 do 6 miesięcy; wykorzystanie łóżek w oddziałach kardiologicznych w 2005r. wynosiło 99,4%,
- ✓ chirurgii urazowo – ortopedycznej – 428 osób (78,68% oczekujących), w tym 362 osoby powyżej 6 miesięcy (66,54% oczekujących w oddziale); wykorzystanie łóżek w oddziałach chirurgii urazowo - ortopedycznej w 2005r. wynosiło 68,6%,
- ✓ otolaryngologicznym – 204 osoby (100,00% oczekujących w oddziale), wszystkie osoby oczekiwały na przyjęcie od 2 do 3 miesięcy; wykorzystanie łóżek w oddziałach otolaryngologicznych w 2005r. wynosiło 60,8%,
- ✓ chirurgii ogólnej – 189 osób (92,65% oczekujących w oddziale), wszystkie osoby oczekiwały na przyjęcie od 3 do 6 miesięcy; wykorzystanie łóżek w oddziałach chirurgii ogólnej w 2005r. wynosiło 76,7%.

Wnioski: W latach 2003 – 2005 -

1. Nastąpiła zmiana struktury świadczeniodawców realizujących świadczenia zdrowotne z zakresu lecznictwa stacjonarnego. Powstały nowe niepubliczne podmioty natomiast liczba świadczeniodawców publicznych nie uległa zmianie.
2. Prowadzone były działania zmierzające do zmiany struktury łóżek Nastąpiło:

<sup>30</sup> Źródło: dane Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach (stan w dniu 31.12.2005r.).

- a. zmniejszenie liczby łóżek w opiece krótkoterminowej o 215 (3,9%) w stosunku do 2002r., co stanowi 33,5% planowanego zmniejszenia,
  - b. zwiększenie liczby łóżek w opiece długoterminowej o 237 (29,0%) w stosunku do 2002r., co stanowi 68,7% planowanego zwiększenia liczby łóżek.
3. Nastąpiła zmiana struktury oraz zwiększenie liczby miejsc w oddziałach dziennych (łącznie oddziały ogólne i psychiatryczne), których liczba wzrosła o 62 (34,4%) w stosunku do 2002r., co stanowi 19,1% planowanego zwiększenia. Zwiększenie dotyczyło w szczególności miejsc w dziennych oddziałach rehabilitacji leczniczej.
  4. Nastąpiło dalsze skrócenie przeciętnego pobytu chorego w dniach. W większości specjalności medycznych czas ten był krótszy od rekomendowanego średniego czasu leczenia.
  5. W większości dyscyplin medycznych nastąpiło zmniejszenie wykorzystania łóżek. Wskaźnik ten był wyższy od rekomendowanego wykorzystania łóżek jedynie w 3 specjalnościach medycznych.
  6. W większości specjalności medycznych liczba oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej oraz średni czas oczekiwania nie był związany ze wskaźnikiem wykorzystania łóżek.

#### **1.4.6. Różnica pomiędzy optymalną a rzeczywistą liczbą łóżek wg stanu w dniu 31 grudnia 2006 roku**

W latach 2006 – 2007 Ministerstwo Zdrowia przedstawiło projekty aktów prawnych, określających optymalne wskaźniki łóżek w poszczególnych specjalnościach opieki krótkoterminowej<sup>31</sup> oraz opiece psychiatrycznej<sup>32</sup>. Przyjęte wskaźniki łóżek na 10 tysięcy mieszkańców powinny zostać osiągnięte do 2014 (2012) roku.

W 2006 roku szpitale ogólne województwa świętokrzyskiego dysponowały 5 701 łózkami specjalności medycznych opieki krótkoterminowej ujętych w „sieci szpitali”. Ich liczba była niższa o 267 od stanu planowanego na koniec 2012 roku<sup>33</sup>. Wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców wynosił 44,5 i był niższy o 2,2 od wskaźnika przyjętego przez Ministerstwo Zdrowia (46,7 łóżka na 10 tys. mieszkańców)<sup>34</sup>. (Tab.17 i 19)

<sup>31</sup> Projekt ustawy z dnia 10 listopada 2006r. o sieci szpitali oraz projekt ustawy z dnia 05 marca i 16 lipca 2007r. o sieci szpitali wraz z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie optymalnej liczby łóżek

<sup>32</sup> Projekt ustawy z dnia 16 lipca 2007r. o sieci szpitali oraz projekt rozporządzenia Rady Ministrów z dnia z dnia 28 września 2007r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego

<sup>33</sup> PZH: Wskaźniki do projektu tworzenia sieci szpitali z elementami analizy sytuacji demograficznej i stanu zdrowia ludności. MZ, Warszawa 2006., Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2007r. w sprawie optymalnej liczby łóżek

<sup>34</sup> Uchwała Nr 338/07 Zarządu Województwa Świętokrzyskiego z dnia 13 czerwca 2007r. w sprawie przyjęcia Raportu – lecznictwo stacjonarne w Województwie Świętokrzyskim w 2006 roku



**Tabela 17** Porównanie rzeczywistej struktury łóżek opieki krótkoterminowej ujętej w „sieci szpitali” z optymalną liczbą łóżek dla województwa świętokrzyskiego

specjalność	31.12.2006r.		różnica pomiędzy stanem 2006 a 2012		2012r.**		
	ilość łóżek	ilość łóżek na 10 tys.*	ilość łóżek	ilość łóżek na 10 tys.	ilość łóżek	ilość łóżek na 10 tys.	
chorób wewnętrznych (4000;4008; 4009; 4060)	1 064	8,3	64	0,4	1 000	7,9	
gastrologiczny (4050; 4051; 4052; 4053; 4056; 4057)	40	0,3	-10	0,0	50	0,3	
kardiologiczny (4100; 4101; 4106)	291	2,3	-179	-1,4	470	3,7	
kardiochirurgiczny (4560; 4561; 4562)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
nefrologiczny (4130; 4131)	58	0,5	-2	0,1	60	0,4	
reumatologiczny (4280;4281)	116	0,9	46	0,4	70	0,5	
pediatryczny	(4001; 4401; 4403; 4405)	364	2,8	44	0,3	320	2,5
	(4421-neonatologiczny)	429	3,4				
chirurgii dziecięcej (4501; 4521; 4541)	66	0,5	16	0,2	50	0,3	
hematologiczny (4070; 4071; 4072; 4073)	54	0,4	-16	-0,1	70	0,5	
neurologiczny (4220; 4221)	329	2,6	59	0,5	270	2,1	
dermatologiczny (4200; 4201)	53	0,4	-17	-0,1	70	0,5	
onkologiczny (4140; 4240; 4241; 4242; 4243; 4244; 4246)	141	1,1	-59	-0,4	200	1,5	
chorób zakaźnych (4340; 4341; 4342; 4344; 4345; 4346; 4348; 4349)	178	1,4	18	0,2	160	1,2	
chirurgiczny ogólny (4120; 4500; 4503; 4504; 4508; 4520; 4530; 4540; 4554; 4555)	803	6,3	-157	-1,3	960	7,6	
neurochirurgiczny (4570; 4571)	35	0,3	-15	-0,1	50	0,4	
urazowo-ortopedyczny (4552; 4580; 4581)	333	2,6	-7	0,0	340	2,6	
okulistyczny (4600; 4601)	92	0,7	12	0,1	80	0,6	
otolaryngologiczny (4610; 4611)	158	1,2	8	0,0	150	1,2	
położniczo - ginekologiczny (4450; 4452; 4454; 4456; 4458)	719	5,6	159	-3,0	560	8,6	
urologiczny (4640)	172	1,3	-38	-0,3	210	1,6	
gruźlicy i chorób płuc (4270; 4271; 4272; 4273; 4274; 4275)	294	2,3	-116	-0,9	410	3,2	
rehabilitacyjny (4300; 4301; 4302; 4303; 4306; 4307; 4308)	273	2,1	-77	-0,6	350	2,7	
anestezjologii i intensywnej terapii (4260; 4261; 4262)	90	0,7	-22	bd	bd	bd	
<b>Ogółem - OPIEKA uwzględniona przez PZH przy tworzeniu "sieci szpitali" bez l.neonatologicznych (4421)</b>	<b>5 701</b>	<b>44,5</b>	<b>-267</b>	<b>-2,2</b>	<b>5 900</b>	<b>46,7</b>	

\* populacja ogółem - liczba ludność stan w dniu 31.12.2006 - 1 279 838 (GUS)

\*\* wg projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2007r. w sprawie optymalnej liczby łóżek

Województwo świętokrzyskie dysponowało w 2006 roku 1 016 łózkami opieki psychiatrycznej, w tym 936 łózkami w 2 szpitalach psychiatrycznych, 60 łózkami w

szpitalach ogólnych oraz 20 łózkami w zakładach niepublicznych. Ich liczba była wyższa o 31 w stosunku do stanu planowanego na koniec 2013 roku. Wskaźnik liczby łóżek psychiatrycznych na 10 tys. mieszkańców województwa wynosił 7,9 na 10 tys. i był wyższy o około 0,3 od optymalnego wskaźnika przyjętego przez Ministerstwo Zdrowia (7,7 na 10 tys. mieszkańców)<sup>35</sup>. (Tab.18 i 19)

**Tabela 18** Porównanie rzeczywistej struktury łóżek opieki psychiatrycznej z optymalną liczbą łóżek dla województwa świętokrzyskiego

specjalność	31.12.2006r.		różnica pomiędzy stanem 2006 a 2013		2013r.	
	ilość łóżek	ilość łóżek na 10 tys.*	ilość łóżek	ilość łóżek na 10 tys.	ilość łóżek **	ilość łóżek na 10 tys.*
oddziały psychiatryczne szpitalne dla dorosłych z zaburzeniami psychicznymi (4700-p.ogólny, 4702-reh.psych., 4704-lecz.zab.nerwicowych, 4710-p.dla ch.somatycznie, 4712-psychogeriatryczny, 4714-p.dla ch.na gruźlicę, 4716-p.dla przewlekłe ch.)	779	6,1	267	2,1	512	4,0
oddziały szpitalne dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi (4701-p.dla dzieci, 4703-p.dla młodzieży, 4705-p.dla dzieci i młodzieży, 4707-zaburzeń nerwicowych dla dzieci i młodzieży)	18	0,1	-33	-0,3	51	0,4
oddziały / pododdziały leczenia alkoholowych zespołów abstynenckich dla uzależnionych od alkoholu (4742-lecz.alkoh.zes.abst.-detok.)	13	0,1	-25	-0,2	38	0,3
oddziały terapii uzależnienia od alkoholu dla uzależnionych od alkoholu (4744-uzal.alkoh., 4745-uzal.alkoh.dz. i młod.)	186	1,5	33	0,3	153	1,2
oddziały / łóżka detoksykacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (4748-lecz.zes.abstyn.po sub.psych. - detok.)	0	0,0	-13	-0,1	13	0,1
oddziały / ośrodki terapeutyczne i rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (4746-ter.uzal.sub.psych., 4747-ter.uzal.sub.psych.dz. i mł., rehabilitacyjny dla uzal.sub.psych.-4750, 4751, 4752, 4754, 4756)	sp zoz	0	-70	-0,5	90	0,7
	n zoz	20				
oddziały opiekuńcze (ZLO, ZOL) dla dorosłych z zaburzeniami psychicznymi (5162-ZPO psych., 5172-ZOL psych.)	0	0,0	-128	-1,0	128	1,0
<b>Ogółem - OPIEKA PSYCHIATRYCZNA</b>	<b>1 016</b>	<b>7,9</b>	<b>31</b>	<b>0,3</b>	<b>985</b>	<b>7,7</b>
<b>INNE</b>						
oddział dzienny dla dorosłych z zaburzeniami psychicznymi (2700-p.ogólny, 2702-p.rehab., 2704-p.geriat., 2706-zab.nerw., 2710-oś.alzheimerowski, 5260-p.piel.-opiek., 5272-p.opiek.-lecz.)	45	0,4	-339	-2,6	384	3,0
oddział dzienny dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi (2701-p.dz.i mł., 2707-zab.nerw.dz. i mł., 2709-dla os. z autyzmem dziecięcym.)	0	0,0	-128	-1,0	128	1,0
oddział dzienny terapii uzależnienia od alkoholu dla uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych (2711-uzal.alk.dz. i mł., 2712-uzal.alk.)*****	0	0	-3	-1	3	1
oddział dzienny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (2713-uzal.od śr.psych. dla dz. i mł.alk., 2714-uzal.sub.psych.)*****	0	0	-1	-1	1	1

<sup>35</sup> Uchwała Nr 338/07 Zarządu Województwa Świętokrzyskiego z dnia 13 czerwca 2007r. w sprawie przyjęcia Raportu – lecnicstwo stacjonarne w Województwie Świętokrzyskim w 2006 roku

zespoły środowiskowe dla dorosłych z zaburzeniami psychicznymi (2730-zes.lecz.śr.-domowego, 2732-opieka dom.-rodzinna, 2733-zes.lecz.śr.-dom.osoby z autyzmem, 5360-op.dom.przy psychiatr.ZOL lub ZPO )***	0	0,0	-26	-1,0	26	1,0
zespoły środowiskowe dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi (2731-zes.lecz.śr.-domowego dla dz.i młod.)****	0	0,0	-9	-1,0	9	1,0
hostel dla dorosłych z zaburzeniami psychicznymi (2720-h. dla os.z zab.psych., 2722-h. dla os. ps.ch.)	0	0,0	-26	-0,2	26	0,2
hostel dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi*****	0	0	-1	-1	1	1
hostel dla uzależnionych od alkoholu*****	0	0	-1	-1	1	1
hostel dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (2726-h.dla uzaż. od sub.psych.)	0	0,0	-26	-0,2	26	0,2
zespół interwencji kryzysowej i pomocy doraźnej*****	0	0	-1	-1	1	1

\* populacja ogółem - liczba ludność stan w dniu 31.12.2006 - 1 279 838 (GUS)

\*\* opieka psychiatryczna wg projektu ustawy o sieci szpitali (16.07.2007r.) oraz projektu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (09.2007r.)

\*\*\* liczba łóżek na 50 tys. mieszkańców

\*\*\*\* liczba łóżek na 150 tys. mieszkańców

\*\*\*\*\* liczba oddziałów

**Tabela 19** Zbiorcze porównanie rzeczywistej struktury łóżek z optymalną liczbą łóżek dla województwa świętokrzyskiego

OPIEKA		31.12.2006r.		Ministerstwo Zdrowia		różnica pomiędzy liczbą łóżek wg wskaźnika a stanem na 31.12.2006.	
		ilość łóżek	ilość łóżek na 10 tys.*	proponowana liczba łóżek wg wskaźnika	proponowany wskaźnik łóżek na 10 tys.		
<b>SIEĆ</b>		5 701	44,5	5 900	46,7	-267	
<b>KRÓTKOTERMINOWA - specjalności pozostałe</b>		57	0,4	x	x	x	
<b>DLUGOTERMINOWA</b>	sp zoz	269	2,1	x	x	x	
	n zoz	245	1,9				
<b>PSYCHIATRYCZNA</b>	psych. dla dorosłych	779	6,1	512	4,0	267	
	psych. dla dzieci i młodzieży	18	0,1	51	0,4	-33	
	alk.detoksykacja	13	0,1	38	0,3	-25	
	alk.terapia uzależ.	186	1,5	153	1,2	33	
	detoksykacja sub.psych.	0	0,0	13	0,1	-13	
	terapia i reh. uzal. sub.psych.	sp zoz	0	0,0	90	0,7	-70
		n zoz	20	0,2			
opiekuńcze dorośli z zab.psych. (ZOL)		0	0,0	128	1,0	-128	
<b>RAZEM:</b>		<b>7 288</b>	<b>56,9</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	

\* populacja ogółem - liczba ludność stan w dniu 31.12.2006 - 1 279 838 (GUS)

## 2. Podsumowanie realizacji RPR ZOZ WŚ na lata 2003 – 2005

### 2.1. Realizacja kierunków restrukturyzacji poszczególnych poziomów regionalnego systemu ochrony zdrowia, przyjętych w RPR ZOZ WŚ na lata 2003 - 2005

poziom działalności systemu	przyjęte w RPR ZOZ WŚ na lata 2003 – 2005 kierunki restrukturyzacji	realizacja – stan w dniu 31.12.2005r.
podstawowa opieka zdrowotna	<ol style="list-style-type: none"> <li>zakres kontraktowanych usług w ramach podstawowej opieki zdrowotnej obejmować powinien usługi z zakresu : medycyny rodzinnej i ogólnej, pediatrii, ginekologii oraz położnictwa w zakresie podstawowym</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>lekarz POZ udziela następujących świadczeń: <u>lekarz pediatra</u> – dzieci i młodzież do 18 roku życia, <u>lekarz chorób wewnętrznych</u> – osoby dorosłe po ukończeniu 18 roku życia, <u>lekarz rodzinny i medycyny ogólnej</u> – wszystkie osoby niezależnie od wieku</li> <li>świadczenia w zakresie POZ <u>nie obejmują</u> świadczeń udzielanych przez lekarza położnika - ginekologa w zakresie ginekologii oraz położnictwa w zakresie podstawowym</li> </ol>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>przekształcenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w zakłady niepubliczne, grupowe lub indywidualne praktyki lekarzy, pielęgniarek, położnych</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>odsetek <u>placówek niepublicznych</u> w całkowitej liczbie podmiotów świadczących usługi z zakresu POZ <u>wzrósł o 11,1%</u> z 50,9% w 2002r. do 62,0% w 2006r. (stan w dniu 24.02.2006r.)</li> <li>liczba <u>placówek niepublicznych</u> w całkowitej liczbie podmiotów świadczących usługi z zakresu POZ <u>wzrosła o 34,3%</u> z 108 w 2002r. do 145 w 2006r. (stan w dniu 24.02.2006r.)</li> </ol>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>sprawowanie opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania i nauki przez lekarzy rodzinnych, pielęgniarki i położne rodzinne oraz pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>opieka sprawowana jest przez lekarza POZ (lekarz chorób wewnętrznych, lekarz rodzinny, lekarz medycyny ogólnej, pediatra), pielęgniarkę POZ, położną POZ, pielęgniarkę szkolną</li> </ol>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>rozwój sieci placówek podstawowej opieki zdrowotnej umożliwiających uzyskanie świadczeń realizowanych przez lekarzy, pielęgniarki i położne w dniu zgłoszenia oraz w miejscu oddalonym od miejsca zamieszkania ubezpieczonych w odległości nie dłuższej niż 1 godzina dojazdu środkami transportu publicznego</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>liczba podmiotów z którymi ŚOW NFZ zawarł umowy o udzielanie świadczeń w zakresie POZ umożliwia wybór świadczeniodawcy oddalonym od miejsca zamieszkania ubezpieczonych w odległości nie dłuższej niż 1 godzina dojazdu środkami transportu publicznego</li> </ol>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>zabezpieczenie mieszkańcom całodobowego dostępu do świadczeń lekarskich oraz pielęgniarskich, realizację świadczeń w domu chorego oraz w godzinach nocnych i w dni świąteczne, w tym zapewnienie nocnej wyjazdowej pomocy lekarskiej</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie POZ obejmują świadczenia: lekarza POZ, pielęgniarki POZ, położnej POZ, pielęgniarki szkolnej, nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej oraz transportu sanitarnego w POZ</li> </ol>

	<p>6. rozwój opieki domowej</p>	<p>świadczenia opieki domowej realizowane były w ramach<sup>36</sup>:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>zadań wykonywanych przez pielęgniarki środowiskowe/rodzinne</u> na podstawie umów w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. W 2006r. odsetek świadczeniodawców realizujących ten zakres opieki domowej zmniejszył się o 1,7% z 98,5% podmiotów udzielających świadczenia pielęgniarki POZ w 2002r. do 96,8% w 2006r.</li> <li>2. <u>zadań wykonywanych przez położne środowiskowe/rodzinne</u> na podstawie umów w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. W 2006r. odsetek świadczeniodawców realizujących ten zakres opieki domowej wzrósł o 20,2% z 2,0% podmiotów udzielających świadczenia położnej POZ w 2002r. do 22,2% w 2006r.</li> <li>3. <u>opieki długoterminowej</u> (w latach 2002 – 2003 zespół domowej opieki paliatywnej; w latach 2004 – 2006 osobodzień w hospicjum domowym) realizowanej na terenie powiatów: ostrowieckiego, sandomierskiego, starachowickiego, włoszczowskiego oraz Miasta Kielce. W 2006 r. na realizację tego zakresu opieki domowej przeznaczono 1 672 968 zł., co stanowi wzrost środków publicznych o 1 598 088 zł. w stosunku do 2002r. (74 880 zł.)</li> <li>4. <u>rehabilitacji leczniczej</u> (w latach 2002 – 2003 rehabilitacja środowiskowa; w 2004r. punkt rozliczeniowy w fizjoterapii w domu, punkt rozliczeniowy w rehabilitacji w domu oraz punkt rozliczeniowy w zakładzie fizjoterapii med. – zabiegi w domu). W 2004r. na realizację tego zakresu opieki domowej przeznaczono łącznie 888 837,75 zł., co stanowiło wzrost środków publicznych o 48 627,75 zł. w stosunku do 2002r. (840 210 zł.)</li> </ol>
	<p>7. funkcjonalna integracja świadczeniodawców z zakładami opieki specjalistycznej</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ubezpieczony ma prawo wyboru świadczeniodawcy spośród placówek, które zawarły umowy o udzielanie określonych świadczeń opieki zdrowotnej</li> </ol>

<sup>36</sup> Źródło: dane Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach (stan w dniu 19 lipiec 2006r.).

stomatologia	<p>1. kontynuacja przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w zakłady niepubliczne, grupowe lub indywidualne praktyki lekarskie</p>	<p>1. odsetek miejsc udzielania świadczeń w zakresie leczenia stomatologicznego przez <u>placówki niepubliczne</u> w całkowitej liczbie miejsc udzielania świadczeń <u>wzrósł o 6,7%</u> z 75,7% w 2003r. do 82,4% w 2006r. (stan w dniu 24.02.2006r.)</p> <p>2. liczba miejsc udzielania świadczeń przez <u>placówki niepublicznych</u> w całkowitej liczbie miejsc udzielania świadczeń z zakresu leczenia stomatologicznego <u>wzrosła o 10,7%</u> z 215 w 2003r. do 238 w 2006r. (stan w dniu 24.02.2006r.)</p>
	<p>2. zapewnienie mieszkańcom uzyskania świadczeń stomatologicznych w dniu zgłoszenia, w sytuacjach gdy wymaga tego stan zdrowia</p>	<p>1. <u>stomatologiczna pomoc doraźna</u> została wyodrębniona w ramach umów zawieranych przez ŚOW NFZ od 2004r. W latach 2004 – 2005 realizowana była przez 1 świadczeniodawcę z siedzibą na terenie Miasta Kielce</p> <p>2. liczba punktów zakontraktowanych miesięcznie przez ŚOW NFZ w zakresie stomatologicznej pomocy doraźnej w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców od 2004r. nie uległa zmianie i wynosiła 0,31<sup>37</sup></p>
	<p>3. przywrócenie opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą w miejscu nauki i wychowania</p>	<p>1. <u>świadczenia podstawowe dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia</u> zostały wyodrębnione w ramach umów zawieranych przez ŚOW NFZ od 2004r.</p> <p>2. liczba punktów zakontraktowanych miesięcznie przez ŚOW NFZ w zakresie świadczeń podstawowych dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wzrosła o 28,7% z 53 834,87 w 2004r. do 69 309,71 w 2006r.<sup>38</sup></p> <p>3. w 2006r. najwyższa liczba punktów na 10 tys. mieszkańców w zakresie świadczeń podstawowych dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia zakontraktowana została w Mieście Kielce (89 440,39) oraz powiecie pińczowskim (84 679,88). Najniższa natomiast w powiatach kazimierskim (46 564,23) oraz ostrowieckim (47 977,79)</p>

<sup>37</sup> Źródło: dane Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach (stan w dniu 19 lipiec 2006r.).

<sup>38</sup> Źródło: dane Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach (stan w dniu 19 lipiec 2006r.).

	<p><b>4.</b> rozwój sieci placówek świadczących opiekę stomatologiczną, umożliwiających mieszkańcom dostęp do świadczeniodawców w czasie nie dłuższym niż 1 godzina dojazdu środkami transportu publicznego</p>	<p><b>1.</b> liczba miejsc udzielania świadczeń w zakresie leczenia stomatologicznego wynikająca z umów zawartych przez ŚOW NFZ umożliwia wybór świadczeniodawcy oddalony od miejsca zamieszkania ubezpieczonych w odległości nie dłuższej niż 1 godzina dojazdu środkami transportu publicznego</p>
<p>ambulatoryjna opieka specjalistyczna</p>	<p><b>1.</b> określenie rodzajów poradni, które zaspakajają potrzeby w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dla populacji poszczególnych powiatów oraz dla populacji województwa</p>	<p><b>1.</b> wskazano 13 specjalności medycznych, do których mieszkańcy regionu powinni mieć zapewnioną dostępność na terenie poszczególnych powiatów</p> <p><b>2.</b> wśród poradni, których dostępność powinna być zapewniona na terenie każdego powiatu jedynie poradnie: ginekologiczno – położnicza, chirurgii ogólnej oraz urazowo – ortopedyczna funkcjonowały w każdym powiecie</p> <p><b>3.</b> większość poradni, których dostępność powinna być zapewniona na terenie województwa zlokalizowana była na terenie Miasta Kielce</p>
	<p><b>2.</b> skoordynowanie działań z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej oraz lecznictwem stacjonarnym</p>	<p><b>1.</b> w RPR ZOZ WŚ na lata 2003 – 2005 nie zostały przyjęte wskaźniki monitorowania realizacji przyjętego kierunku</p>
	<p><b>3.</b> usprawnienie procesów diagnostycznych oraz poszerzenie zakresu usług wykonywanych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej</p>	<p><b>1.</b> w RPR ZOZ WŚ na lata 2003 – 2005 nie zostały przyjęte wskaźniki monitorowania realizacji przyjętego kierunku</p>
	<p><b>4.</b> motywowanie zarówno lekarzy POZ jak i specjalistów do ustanowienia takich zasad współpracy, w ramach której specjaliści pełniliby głównie funkcję konsultacyjną, w znacznie mniejszym stopniu niż ma to miejsce obecnie przejmując pacjentów w stałe leczenie</p>	<p><b>1.</b> w RPR ZOZ WŚ na lata 2003 – 2005 nie zostały przyjęte wskaźniki monitorowania realizacji przyjętego kierunku</p>
	<p><b>5.</b> funkcjonalna integracja świadczeniodawców z zakładami stacjonarnej opieki zdrowotnej</p>	<p><b>1.</b> ubezpieczony ma prawo wyboru świadczeniodawcy spośród szpitali, które zawarły umowy o udzielanie określonych świadczeń opieki zdrowotnej</p>

pomoc doraźna	<p>1. utworzenie szpitalnych oddziałów ratunkowych na bazie izb przyjęć, w liczbie nie mniejszej niż 1 oddział na 100 – 200 tys mieszkańców, umożliwiających skrócenie czasu upływającego od wystąpienia stanu nagłego zagrożenia życia lub zdrowia do podjęcia ostatecznego leczenia</p>	<p>1. według stanu w dniu 31 grudnia 2005r. w rejestrze jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne<sup>39</sup> w województwie świętokrzyskim włączonych do systemu było 8 szpitalnych oddziałów ratunkowych osiągając wskaźnik 1 oddział na 160 626 osób (Kielce –WSzZ, Włoszczowa, Staszów, Ostrowiec Świętokrzyski, Sandomierz, Skarżysko – Kamienna, Końskie, Starachowice). Liczba oddziałów była mniejsza o 4 od planowanej liczby szpitalnych oddziałów ratunkowych. Druk MZ-29 (sprawozdanie o działalności szpitala ogólnego) wypełniało jedynie 4 zakłady, które włączyły SOR do systemu (Końskie, Sandomierz, Staszów, Włoszczowa)</p>
	<p>2. rozmieszczenie w terenie zespołów ratownictwa medycznego w sposób, który umożliwi przybycie zespołu od chwili przyjęcia zgłoszenia stanu zagrożenia życia lub zdrowia w czasie 8 minut w aglomeracji miejskiej i 15 minut poza aglomeracją miejską</p>	<p>1. według stanu w dniu 31 grudnia 2005r. w rejestrze jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne<sup>40</sup> w województwie świętokrzyskim włączonych do systemu było łącznie 38 zespołów ratownictwa medycznego (13 zespołów „R” i 25 zespołów „W”). Liczba zespołów była mniejsza o 12 od planowanej liczby zespołów ratownictwa medycznego.</p> <p>2. w 90% zdarzeń możliwe było dotarcie do chorych będących w stanie zagrożenia życia oraz poszkodowanych w wypadkach w czasie 8 minut w mieście i 15 minut poza aglomeracją miejską<sup>41</sup></p>
	<p>3. tworzenie centrów powiadamiania ratunkowego obejmujących swym zasięgiem obszar powiatu lub sąsiadujących powiatów, które koordynują medyczne działania ratownicze podejmowane w sytuacji nagłego zagrożenia życia lub zdrowia</p>	<p>1. według stanu w dniu 31 grudnia 2005r. w województwie świętokrzyskim funkcjonowało 4 Centra Powiadamiania Ratunkowego (Kielce, Skarżysko – Kamienna, Końskie, Sandomierz) osiągając wskaźnik 1 CPR na 321 152 osoby. Liczba CPR była mniejsza o 3 od planowanej liczby CPR<sup>42</sup></p>

<sup>39</sup> Źródło: [www.rjrm.rejestrzoz.gov.pl/rzoz/](http://www.rjrm.rejestrzoz.gov.pl/rzoz/)

<sup>40</sup> Źródło: [www.rjrm.rejestrzoz.gov.pl/rzoz/](http://www.rjrm.rejestrzoz.gov.pl/rzoz/)

<sup>41</sup> Źródło: Wojewódzki Plan Zabezpieczenia Medycznych Działań Ratowniczych na rok 2007. Pełnomocnik Wojewody Świętokrzyskiego do Spraw Ratownictwa Medycznego, Kielce 2006.

<sup>42</sup> Źródło: Wojewódzki Plan Zabezpieczenia Medycznych Działań Ratowniczych na rok 2007. Pełnomocnik Wojewody Świętokrzyskiego do Spraw Ratownictwa Medycznego, Kielce 2006.



	<p>4. uruchomienie kształcenia podyplomowego w zakresie ratownictwa medycznego, które umożliwi lekarzom i pielęgniarkom uzyskanie kwalifikacji lekarza ratunkowego i pielęgniarki ratunkowej</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. tryb nabywania kwalifikacji lekarza ratunkowego i pielęgniarki ratunkowej wynika z ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej,</li> <li>2. specjalizację w zakresie medycyny ratunkowej w latach 2003 – 2004 ukończyło łącznie 13 osób (2003r.-9; 2004r. – 4),</li> <li>3. specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego dla pielęgniarek została uznana za priorytetową dziedzinę specjalizacji dla pielęgniarek i położnych w województwie świętokrzyskim na 2006r.<sup>43</sup>. Ministerstwo Zdrowia w wyniku przeprowadzonego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na wyłonienie organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych dokonało wyboru wykonawcy specjalizacji finansowanej ze środków publicznych w dziedzinie pielęgniarstwo ratunkowe dla pielęgniarek w województwie świętokrzyskim (25 miejsc szkoleniowych)</li> </ol>
	<p>5. uruchomienie kształcenia ratowników medycznych na poziomie studiów wyższych zawodowych w zakresie ratownictwa medycznego</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. w województwie świętokrzyskim do 2005r. nie było prowadzone kształcenie ratowników medycznych umożliwiające uzyskanie dyplomu ukończenia wyższych studiów zawodowych w zakresie ratownictwa medycznego</li> </ol>
	<p>6. uruchomienie systemu kształcenia podyplomowego umożliwiającego pracownikom systemu odbycie kursów doskonalących z zakresu ratownictwa medycznego nie rzadziej niż raz na 4 lata</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. do dnia 31 grudnia 2005r. Minister Zdrowia nie określił w drodze rozporządzenia programów kursów doskonalenia zawodowego, do których odbycia, zgodnie z ustawą z dnia 25 lipca 2001r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, obowiązani są: lekarz ratunkowy, pielęgniarka ratunkowa i ratownik medyczny nie rzadziej niż raz na cztery lata</li> </ol>

<sup>43</sup> Źródło: [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl) (nauka/ pielęgniarki i położne/ kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych/ komunikaty/ 24.02.2006.)

stacjonarna opieka zdrowotna	<p>1. określenie rodzajów oddziałów, które zaspakajają potrzeby w zakresie stacjonarnej opieki zdrowotnej dla populacji poszczególnych powiatów oraz dla populacji województwa</p>	<p>1. oddziały zaspakajające potrzeby w zakresie stacjonarnej opieki zdrowotnej dla populacji poszczególnych powiatów oraz dla populacji województwa przyjęte zostały w Wojewódzkim Planie Zdrowotnym<sup>44</sup>. W świetle obowiązujących przepisów prawnych plan zdrowotny województwa na 2005 rok był ostatnim obowiązującym planem. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych uchyliła ustawę z dnia 23 stycznia 2003r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, stanowiącą podstawę prawną tworzenia wojewódzkiego planu zdrowotnego.</p>
	<p>2. zmiana struktury łóżek szpitalnych i jej dostosowanie do istniejących i prognozowanych potrzeb „ostrej”, „przewlekłej” oraz „terminalnej” fazy hospitalizacji:</p> <p><b>a-</b> zmniejszenie łóżek w opiece krótkoterminowej, z jednoczesną zmianą liczby łóżek w poszczególnych dyscyplinach medycznych</p> <p><b>b-</b> udostępnienie części likwidowanych łóżek opieki krótkoterminowej dla potrzeb świadczeń zachowawczych, zabiegowych i psychiatrycznych wykonywanych w systemie hospitalizacji jednego dnia oraz w systemie dziennym</p> <p><b>c-</b> zwiększenie łóżek w opiece długoterminowej, w tym przeznaczenie 1 łóżka na 20 tys. mieszkańców dla potrzeb stacjonarnej opieki paliatywnej</p> <p><b>d-</b> zmniejszenie łóżek w opiece psychiatrycznej, z jednoczesnym zmniejszeniem ich liczby w jednoimiennych oddziałach psychiatrycznych i tworzeniem oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych</p>	<p>W latach 2003 – 2005:</p> <p><b>a-</b> liczba łóżek w opiece krótkoterminowej zmniejszyła się o 215 (3,9%) w stosunku do 2002r., co stanowi 33,5% planowanego zmniejszenia. Nastąpiła zmiana liczby łóżek w poszczególnych dyscyplinach medycznych opisana szczegółowo w podrozdziale działalność regionalnego systemu ochrony zdrowia - lecnictwo stacjonarne,</p> <p><b>b-</b> liczba miejsc w oddziałach dziennych (ogólnych i psychiatrycznych) zwiększyła się o 62 (34,4%) w stosunku do 2002r., co stanowi 19,1% planowanego zwiększenia,</p> <p><b>c-</b> liczba łóżek w opiece długoterminowej zwiększyła się o 237 (29,0%) w stosunku do 2002r., co stanowi 68,7% planowanego zwiększenia. Stacjonarna opieka paliatywna dysponowała 25 łózkami, których liczba nie uległa zmianie w stosunku do 2002r. (10 – oddział opieki paliatywnej, 15 – zakład paliatywno – hospicyjny). Wskaźnik łóżek opieki paliatywnej utrzymywał się na tym samym poziomie i wynosił 0,4 na 20 tys. mieszkańców.</p> <p><b>d-</b> liczba łóżek w opiece psychiatrycznej zmniejszyła się o 56 (5,3%) w stosunku do 2002r. i była mniejsza o 8,9% od planowanej liczby łóżek. Liczba oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych nie uległa zmianie w stosunku do 2002r.</p>

<sup>44</sup>Źródło: [www.sejmik.kielce.pl](http://www.sejmik.kielce.pl) (bip/polityka samorządu/departament zdrowia i polityki społecznej)

	<p>3. wprowadzenie sieci szpitali ogólnych zapewniającej dostępność do oddziałów podstawowych (chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, położnictwa i ginekologii, pediatrii, anestezjologii i intensywnej terapii), specjalistycznych i wyskospecjalistycznych gwarantujących właściwą jakość świadczeń, zgodnie z potrzebami zdrowotnymi mieszkańców regionu</p>	<p>1. sieć szpitali specjalistycznych i ogólnych (zapewniających dostępność do oddziałów podstawowych: chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, położnictwa i ginekologii, pediatrii, anestezjologii i intensywnej terapii) została przyjęta w Wojewódzkim Planie Zdrowotnym. Obejmowała ona wszystkie oddziały wymienione w RPR ZOZ WŚ na lata 2003 - 2005</p>
	<p>4. wprowadzenie sieci zakładów opieki psychiatrycznej prowadzących leczenie i rehabilitację w systemie ambulatoryjnym, środowiskowym, dziennym oraz stacjonarnym całodobowym, uwzględniając zmianę charakteru opieki psychiatrycznej z izolacyjnego na interwencyjny w sytuacjach kryzysowych, strukturalne powiązanie z wieloma innymi specjalnościami umożliwiające wzajemne konsultacje, bliski kontakt z psychiatrycznym lecnictwem ambulatoryjnym oraz zapewnienie sprawnego funkcjonowania systemu opieki psychiatrycznej bez oderwania chorego od jego rodzinnego środowiska</p>	<p>1. w latach 2003 – 2005 liczba miejsc w psychiatrycznych oddziałach dziennych zmniejszyła się o 15 (25,0%) w stosunku do 2002r. i była mniejsza o 82,4% od planowanej liczby miejsc w tych oddziałach.</p>
	<p>5. optymalizacja wielkości oddziałów i szpitali w celu racjonalizacji kosztów funkcjonowania</p>	<p>1. zmiany liczby łóżek w poszczególnych oddziałach i szpitalach realizowane w latach 2003 – 2005 przez organy założycielskie zakładów opieki zdrowotnej nie stanowiły w większości zmian wskazanych w RPR ZOZ WŚ na lata 2003 – 2005. Dokonane zwiększenia liczby łóżek nie zawsze wynikały ze wskaźnika wykorzystania łóżek (np. oddział noworodków i wcześniaków w ZOZ Jędrzejów: 2002r. – liczba ł.-20, wykorzystanie ł. – 31,9%; 2005r. - ł.-26, wykorzystanie ł. – 26,1%)</p> <p>2. w wyniku wszystkich zrealizowanych w latach 2003 – 2005 zmian liczby łóżek wykorzystanie łóżek w większości dyscyplin medycznych było niższe od rekomendowanych wskaźników</p>

## 2.2. Finansowanie zadań realizowanych w ramach RPR ZOZ WŚ w latach 2003 – 2005 oraz 2006 roku

W latach 2003 - 2005 oraz w 2006 roku zadania realizowane w ramach Programu finansowane były głównie ze środków pochodzących z:

1. budżetu państwa w ramach:
  - a. Programu Działań Osłonowych i Restrukturyzacji w Ochronie Zdrowia w roku 2003,
  - b. Programu Pomocy Publicznej i Restrukturyzacji w Ochronie Zdrowia w roku 2005,
  - c. trzech edycji Kontraktu dla Województwa Świętokrzyskiego,
  - d. Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
2. Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego 2004 - 2006.

nazwa Programu	kwota dotacji w latach (w zł.)				
	2003	2004	2005	2006	razem w latach 2003 - 2006
Program Działań Osłonowych i Restrukturyzacji w Ochronie Zdrowia w roku 2003	4 261 233	0	0	0	4 261 233
Program Pomocy Publicznej i Restrukturyzacji w Ochronie Zdrowia w roku 2005	0	0	3 841 900	0	3 841 900
Kontrakt dla Województwa Świętokrzyskiego	56 320 000	25 000 000	13 600 000	17 000 000	111 920 000
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych	707 015	316 115	396 620	1 752 378	3 172 128
Zintegrowany Program Operacyjny Rozwoju Regionalnego 2004 – 2006	0	0	22 869 127	12 090 903	34 960 030
<b>razem:</b>	<b>61 288 248</b>	<b>25 316 115</b>	<b>40 707 647</b>	<b>30 843 281</b>	<b>158 155 291</b>

Środki z Programu Działań Osłonowych i Restrukturyzacji w Ochronie Zdrowia w roku 2003 przeznaczone były na wsparcie finansowe restrukturyzacji zatrudnienia związanej z działaniami restrukturyzacyjnymi publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które były ukierunkowane na usprawnienie procesów zarządzania, zmniejszenie kosztów obsługi a w szczególności eliminację kosztów pośrednich oraz poprawę jakości obsługi pacjenta. Ze środków dotacji uzyskanej z Programu dofinansowane zostały koszty odpraw i odszkodowań wypłaconych 763 pracownikom, których stanowiska pracy uległy likwidacji w wyniku działań restrukturyzacyjnych podjętych przez 30 publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Uruchomiona dotacja wykorzystana została w 87,9% (3 746 204,25 zł.). Pozostałe środki w wysokości 515 028,75 zł. (12,1%) zwrócono do budżetu Wojewody Świętokrzyskiego. Dofinansowanie kosztów restrukturyzacji zatrudnienia umożliwiło realizację działań restrukturyzacyjnych zawartych w Regionalnym Programie Restrukturyzacji Zakładów

Opieki Zdrowotnej Województwa Świętokrzyskiego na lata 2003 – 2005, w szczególności obejmujących:

- ✓ dostosowanie struktury zatrudnienia w publicznych zakładach opieki zdrowotnej do struktury wykonywanych świadczeń zdrowotnych,
- ✓ zmianę struktury świadczeniodawców usług zdrowotnych,
- ✓ zmianę struktury zatrudnienia w publicznych zakładach opieki zdrowotnej związaną ze zmniejszeniem zatrudnienia w komórkach działalności pomocniczej poszczególnych zakładów.

#### **Struktura dotacji budżetu państwa z Programu Działań Osłonowych i Restrukturyzacji w Ochronie Zdrowia w roku 2003 wg organu założycielskiego**

organ założycielski	liczba wniosków	liczba zakładów	kwota (w zł.)
gmina	16	15	1 611 706
powiat	17	14	2 451 552
województwo	2	2	197 975
<b>razem:</b>	<b>35</b>	<b>31</b>	<b>4 261 233</b>

Podstawą realizacji Programu Pomocy Publicznej i Restrukturyzacji w Ochronie Zdrowia w roku 2005 był art. 40 ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Dotację w wysokości 3 841 900 zł. uzyskało 6 publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które w dniu złożenia wniosku nie posiadały zaległości w spłacie zobowiązań znanych na dzień 31 grudnia 2004r. oraz nie podlegały restrukturyzacji finansowej w rozumieniu przepisów rozdziału 2 ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Zakłady mogły przeznaczyć środki finansowe na wsparcie działań polegających na restrukturyzacji zatrudnienia, zmianie struktury organizacyjnej zakładu oraz innych działaniach mających na celu poprawę sytuacji ekonomicznej zakładu lub jakości świadczonych usług. Dofinansowanie obejmowało 75,0% kwalifikujących się kosztów remontów i wydatków majątkowych oraz w przypadku restrukturyzacji zatrudnienia pokrycie kosztów odpraw i odszkodowań naliczone zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

#### **Struktura dotacji budżetu państwa z Programu Pomocy Publicznej i Restrukturyzacji w Ochronie Zdrowia w roku 2005 wg organu założycielskiego**

organ założycielski	nazwa zakładu	kwota dotacji (w zł.)		
		razem	w tym	
			wydatki bieżące	wydatki majątkowe
gmina	Miejsko-Gminny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Staszowie	60 000	0	60 000
	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Stąporkowie	255 000	0	255 000

powiat	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kazimierzy Wielkiej	686 900	0	686 900
	Zespół Opieki Zdrowotnej w Końskich	1 250 000	300 000	950 000
województwo	Świętokrzyskie Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze	390 000	15 000	375 000
	Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach	1 200 000	0	1 200 000
<b>razem:</b>		<b>3 841 900</b>	<b>315 000</b>	<b>3 526 900</b>

W latach 2003 – 2006 samorządy terytorialne uzyskały dotacje z budżetu państwa na finansowanie inwestycji w publicznych zakładach opieki zdrowotnej w łącznej wysokości 111 920 000 zł. W ramach trzech edycji Kontraktu dla Województwa Świętokrzyskiego, które zostały w tym okresie czasu zawarte pomiędzy Radą Ministrów a Samorządem Województwa Świętokrzyskiego, realizowano 7 zadań w ramach działania dotyczącego „Unowocześnienia i rozbudowy systemu ochrony zdrowia”.

#### **Struktura dotacji budżetu państwa w ramach Kontraktu dla Województwa Świętokrzyskiego w latach 2003 - 2006 wg organu założycielskiego**

organ założycielski	nazwa zadania	kwota dotacji w latach (w zł.)				
		2003	2004	2005	2006	razem
gmina	-	0	0	0	0	<b>0</b>
powiat	Rozbudowa Szpitala Miejskiego w Starachowicach	15 820 000	10 000 000	7 000 000	7 000 000	<b>39 820 000</b>
	Rozbudowa Szpitala Powiatowego w Opatowie	6 610 000	5 000 000	2 000 000	2 500 000	<b>16 110 000</b>
	Budowa Bloku Operacyjnego wraz ze Szpitalnym Oddziałem Ratownictwa Medycznego dla Szpitala w Jędrzejowie	0	0	600 000	500 000	<b>1 100 000</b>
	Modernizacja i dostosowanie pomieszczeń Oddziału Ginekologiczno – Położniczego z Blokiem Porodowym oraz Oddziału Neonatologicznego ZPZZOZ Staszów	0	0	0	500 000	<b>500 000</b>
województwo	Budowa Szpital Onkologicznego w Kielcach	31 690 000	10 000 000	4 000 000	6 500 000	<b>52 190 000</b>
	Wyposażenie OIOM i zakup aparatu USG w WS ZOZ GiChP w Kielcach z siedzibą w Czerwonej Górze	1 000 000	0	0	0	<b>1 000 000</b>
	Zakup i montaż autoklawów do utylizacji odpadów medycznych w WSZ w Kielcach	1 200 000	0	0	0	<b>1 200 000</b>
<b>razem:</b>		<b>56 320 000</b>	<b>25 000 000</b>	<b>13 600 000</b>	<b>17 000 000</b>	<b>111 920 000</b>

Zgodnie z przyjętym, rozporządzeniem Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 25 sierpnia 2004r., Uzupełnieniem Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego 2004 – 2006 zakłady opieki zdrowotnej mogły uzyskać wsparcie finansowe ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach następujących działań:

1.3.2 „Regionalna Infrastruktura Ochrony Zdrowia” - działanie 1.3. „Regionalna Infrastruktura Społeczna” Priorytet I „Rozbudowa i Modernizacja Infrastruktury Służącej Wzmocnieniu Konkurencyjności Regionów”, którego celem była poprawa jakości usług medycznych świadczonych przez wysokospecjalistyczne zakłady opieki zdrowotnej, w tym w szczególności ograniczenie regionalnych dysproporcji w infrastrukturze zdrowotnej, poprawa jakości i dostępności do systemu ratownictwa medycznego oraz poprawa jakości leczenia specjalistycznego i wysokospecjalistycznego zarówno stacjonarnego jak i ambulatoryjnego,

3.5.2 „Lokalna Infrastruktura Ochrony Zdrowia” - działanie 3.5 „Lokalna Infrastruktura Społeczna” Priorytet III „Rozwój Lokalny”, którego celem było podniesienie przez lokalne zakłady opieki zdrowotnej standardu świadczonych usług medycznych na podstawowym poziomie, w tym w szczególności zapewnienie dostępu do wysokiej jakości podstawowej opieki medycznej na obszarach wiejskich i w małych miastach, ograniczenie terytorialnych dysproporcji w infrastrukturze ochrony zdrowia oraz poprawa jakości wyposażenia i stanu budynków zakładów opieki zdrowotnej,

3.4 „Mikroprzedsiębiorstwa” – Priorytet III „Rozwój Lokalny”, którego celem było zwiększenie konkurencyjności mikroprzedsiębiorstw poprzez ułatwienie dostępu do specjalistycznego doradztwa oraz zwiększenie zdolności inwestycyjnej w początkowym okresie funkcjonowania przedsiębiorstw. Ostatecznymi odbiorcami (beneficjentami) projektów inwestycyjnych były przedsiębiorstwa niezależne (w których inny przedsiębiorca nie posiadał więcej niż 25% udziałów oraz nie było udziałów Skarbu Państwa) – indywidualne i grupowe praktyki oraz spółki cywilne lub partnerskie, które działały nie dłużej niż 3 lata przed dniem złożenia wniosku, w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych zatrudniały średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz osiągnęły roczny obrót netto ze sprzedaży nieprzekraczający równowartości w złotych 2 mln euro lub sumy aktywów ich bilansu sporządzonego na koniec jednego z dwóch wymienionych lat obrotowych nie przekroczyły równowartości w złotych 2 mln euro.

Decyzją Zarządu Województwa Świętokrzyskiego dofinansowanie ze środków EFRR otrzymało:

- a- 23 projekty, rekomendowane przez Regionalny Komitet Sterujący – Podkomitet ds. Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2004 – 2006, w tym w zakresie:
- ✓ regionalnej infrastruktury ochrony zdrowia (działanie 1.3.2) – 22 projekty, które na podstawie Uchwał Zarządu WŚ Nr 862/05 z dnia 19 stycznia 2005r. oraz Nr 1423/06 z dnia 22 marca 2006r. (zmienionej Uchwałą Nr 1461/06 z dnia 19 kwietnia 2006r.) otrzymały dotację w łącznej wysokości 26 083 648,42 zł. Całkowita wartość realizowanych projektów, zgodnie z zawartymi przez Wojewodę Świętokrzyskiego aneksami do umów (stan w dniu 30.11.2006.), wynosiła 36 080 956,11 zł.,
  - ✓ lokalnej infrastruktury ochrony zdrowia (działanie 3.5.2) – 1 projekt, który na podstawie Uchwał Zarządu WŚ Nr 1766/06 z dnia 08 listopada 2006r. oraz 87/07 z dnia 07 lutego 2007r. otrzymał dofinansowanie w wysokości 6 395 397,43 zł. Jego całkowita wartość stanowiła kwotę 8 560 681,50 zł.
- b- 27 projektów pozytywnie ocenionych przez Komisję Oceny Projektów dla działania 3.4 mikroprzedsiębiorstwa, które otrzymały dotację w łącznej wysokości 2 480 985,03 zł.

**Struktura dotacji z EFRR w ramach Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego 2004 - 2006 wg organu założycielskiego\***

organ założycielski	nr dz. ZPORR	tytuł projektu	kwota dotacji w latach (w zł.)		
			2005	2006	razem
gmina	-	-	0	0	0
powiat	1.3.2	Modernizacja Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w ZOZ Końskie (ZOZ Końskie)	3 794 184	0	3 794 184
		Zakup mammografu i aparatu USG dla Pracowni Diagnostyki Chorób Piersi przy Ś.C.M.iN. w Kielcach (ŚCMiN-SzS Kielce)	1 001 017	0	1 001 017
		Wykonanie termoizolacji budynków przychodni PCUM w Kielcach (PCUM Kielce)	326 923	0	326 923
		Doposażenie PCUM w specjalistyczny sprzęt diagnostyczny (PCUM Kielce)	382 605	0	382 605
		Zakup aparatury medycznej (ZOZ Ostrowiec Świętokrzyski)	1 072 500	0	1 072 500
		Remont i wyposażenie Oddziału Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej w ZOZ w Busku Zdroju (ZOZ Busko – Zdrój)	1 314 077	0	1 314 077
		Dostosowanie obiektów szpitalnych do potrzeb pacjentów, w szczególności osób niepełnosprawnych (SP ZOZ Włoszczowa)	710 303	0	710 303
województwo	1.3.2	Zakup angiokardiografu dla Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Kielcach (WSzZ Kielce)	3 297 240	0	3 297 240
		Ku europejskim standardom usług medycznych w Kielcach (WSzZ Kielce)	758 270	0	758 270
		Europejski standard medycyny sądowej w Kielcach wsparciem dla wymiaru sprawiedliwości (WSzZ Kielce)	1 217 999	0	1 217 999
		Remont i modernizacja Izby Przyjęć i Apteki Szpitalnej (SCP Morawica)	1 198 248	0	1 198 248



		Roboty budowlano montażowe oraz zakup sprzętu medycznego i komputerowego dla WSZOZ w Kielcach (WSZON Kielce)	1 075 011	0	<b>1 075 011</b>
		Modernizacja laboratorium wraz z zakupem osprzętu dla WS ZOZ z siedzibą w Chęcinach (WS ZOZ GiChP Kielce)	596 019	0	<b>596 019</b>
		Zakup. Endoskopów wraz z osprzętem dla Woj. Spec. ZOZ Gruzlicy i Chorób Płuc w Kielcach (WS ZOZ GiChP Kielce)	461 225	0	<b>461 225</b>
		Modernizacja Bloku Operacyjnego Wojewódzkiego Specjalistycznego szpitala Dziecięcego w Kielcach (WSSzDz Kielce)	1 197 513	0	<b>1 197 513</b>
		Zakup i montaż wewnętrznej windy osobowej o konstrukcji samonośnej w budynku WOMP w Kielcach (WOMP Kielce)	67 495	0	<b>67 495</b>
		Termoizolacja budynku WOMP w Kielcach metodą mokrą lekką (WOMP Kielce)	78 740	0	<b>78 740</b>
		Wymiana stolarki okiennej w budynku szpitala, łącznika i szkoły (ŚCR Czarniecka Góra)	225 114	0	<b>225 114</b>
		Modernizacja taboru i wyposażenia ambulansów ratunkowych ŚCRMiTS w Kielcach (ŚCRMiTS Kielce)	0	1 341 000	<b>1 341 000</b>
właściwy minister	1.3.2	Modernizacja budynku nr 1 w 21 WSZU-R SP ZOZ w Busku Zdroju (21 WSzU-R SP ZOZ Busko Zdrój)	1 494 711	0	<b>1 494 711</b>
		Modernizacja bloku operacyjnego i informatyzacja Szpitala Dziecięcego „Górka” w Busku Zdroju (Uzdrowisko Busko-Zdrój S.A.)	0	3 282 105	<b>3 282 105</b>
niepubliczne zoz, fundacje	1.3.2	Zakup tomografu komputerowego dla potrzeb Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sandomierzu (SFZ)	1 191 348	0	<b>1 191 348</b>
	3.5.2	Centrum Usług Rehabilitacyjnych przy Domu dla Niepełnosprawnych w Piekoszowie (DdlaN Piekoszów)	0	6 395 397	<b>6 395 397</b>
	3.4	Zakup nowoczesnego unitu stomatologicznego do gabinetu dentystycznego (Prywatny Gabinet Stomatologiczny Anna Majos-Grudnik w Kielcach)	40 260	0	<b>40 260</b>
		Zakup aparatu densytometrycznego do badania gęstości kości oraz środka transportu (Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska – Choroby Wewnętrzne Barbara Baltyn w Kielcach)	99 773	0	<b>99 773</b>
		Zakup nowoczesnej aparatury medycznej i wyposażenia dla nowopowstałego NZOZ („DOMMEDIC” Bożena Domagała w Kielcach)	70 432	0	<b>70 432</b>
		Rozwój działalności Kieleckiego Centrum Urazowo-Ortopedycznego i Rehabilitacyjnego Sp. z o. o. – inwestycje 2005 (NZOZ „Kieleckie Centrum Urazowo-Ortopedyczne i Rehabilitacyjne” Sp. z o. o. w Domaszowicach)	69 615	0	<b>69 615</b>
		Unowocześnienie sprzętu gastrologicznego w celu podniesienia jakości i dostępności usług (Prywatny Gab.Gastrologiczny Indywidualna Praktyka Lekarska Ewa Wrzesińska-Ambroź w Kielcach)	34 558	0	<b>34 558</b>
		Rozwój działalności Spółki Partnerskiej OPTI-DENT poprzez inwestycje (Gabinety Lekarskie „OPTI-DENT” Spółka Partnerska w Kielcach)	229 990	0	<b>229 990</b>

	Zakup specjalistycznego aparatu RTG dla gabinetu stomatologicznego (Prywatny Gabinet Stomatologiczny "Aquadent" Anna Duda w Kielcach)	90 805	0	<b>90 805</b>
	Zwiększenie potencjału firmy poprzez zakup nowoczesnego sprzętu stomatologicznego i komputerowego (STOMADENT Chałubińska, Marczak, Sosnowska-Sosnowy Spółka Jawna w Końskich)	54 685	0	<b>54 685</b>
	Wzrost konkurencyjności gabinetu stomatologicznego poprzez zakup lokalu i nowoczesnego sprzętu (Indywidualna Praktyka Lekarska Marta Nawrocka w Skarżysku Kamiennej)	178 140	0	<b>178 140</b>
	Modernizacja usług poprzez zakup funkcjonalnego lokalu i zastosowanie innowacyjnych urządzeń (Prywatny Gabinet Stomatologiczny "Stomatic" Jolanta Gębka w Czerwonej Górze)	205 286	0	<b>205 286</b>
	Zakup nowoczesnej aparatury medycznej oraz wyposażenia dla nowopowstałego ośrodka rehabilitacji (DAR-MEDICA Ośrodek Rehabilitacji S. C. M. Mazurczak, E. Kwapisz-Uberna w Kielcach)	35 190	0	<b>35 190</b>
	Zakup lokalu oraz nowoczesnego sprzętu i wyposażenia do centrum kardiologicznego (Prywatna Poradnia Kardiologiczna dr n. med. Jarosław Kossak w Kielcach)	129 750	0	<b>129 750</b>
	Zakup nowoczesnych urządzeń dla nowopowstałego gabinetu stomatologicznego (Prywatny Gabinet Stomatologiczny Tomasz Wawrzak w Starachowicach)	89 825	0	<b>89 825</b>
	Wprowadzenie najnowocześniejszych technologii w usługach stomatologicznych w gminie Brody („GAL DENT” Praktyka Stomatologiczna Dominik Gałucha w Brodach - Krynki)	80 276	0	<b>80 276</b>
	Rozwój Spółki PRODENTIS poprzez zakup niezbędnego sprzętu (Gabinety Stomatologiczne „PRODENTIS” S.C. M. Chabowski, D. Wieczorek w Kielcach)	0	55 790	<b>55 790</b>
	Wzrost konkurencyjności firmy poprzez zakup środków trwałych (Prywatny Gabinet Lekarski M. Heltman-Ossowska w Kielcach)	0	21 750	<b>21 750</b>
	Wyposażenie gabinetu stomatologicznego w sprzęt medyczny najnowszej generacji (Grupowa Praktyka Stomatologiczno-Ortodontyczna Michał Toczek, Edyta Milewska-Toczek w Kielcach)	0	34 500	<b>34 500</b>
	Rozszerzenie zakresu usług stomatologicznych poprzez zakup innowacyjnych urządzeń (STOMATOLOGIA Maciej Ciesielski w Kielcach)	0	82 550	<b>82 550</b>
	Utworzenie nowego gabinetu stomatologicznego ze szczególnym uwzględnieniem endodoncji (NZOZ „DENTATOR” Piotr Borowski w Starachowicach)	0	65 000	<b>65 000</b>
	Adaptacja lokalu oraz zakup wyposażenia dla Prywatnego Gabinetu Ortodontycznego (Prywatny Gabinet Ortodontyczny Grażyna Sobczyk w Kielcach)	0	69 860	<b>69 860</b>

	Rozwój gabinetu stomatologicznego poprzez inwestycje (Prywatny Gabinet Stomatologiczny Kiersnowska w Skarżysku - Kamiennej)	0	25 740	<b>25 740</b>
	Wzrost konkurencyjności Laboratorium Analiz Medycznych poprzez zakup innowacyjnej aparatury analitycznej (Laboratorium Analiz Medycznych Halina Bednarczyk w Kielcach)	0	67 677	<b>67 677</b>
	Zakup urządzeń do wczesnego wykrywania zawałów serca oraz niewydolności krążenia (Prywatna Poradnia Kardiologiczna dr n. med. Hubert Konstantynowicz w Kielcach)	0	72 478	<b>72 478</b>
	Wprowadzenie najnowocześniejszych metod leczenia stomatologicznego w gminie Skalbmierz (Gabinet Stomatologiczny Małgorzata Belska-Jakubas w Skalbmierzu)	0	86 139	<b>86 139</b>
	Zakup nowoczesnych urządzeń stomatologicznych dla NZOZ celem podniesienia konkurencyjności firmy (NZOZ Iwona Kołomańska w Kielcach)	0	121 339	<b>121 339</b>
	Uruchomienie NZOZ w Samsonowie (Prywatny Gabinet Lekarski Elżbieta Beska-Mróż w Tumlinie - Osowa)	0	169 589	<b>169 589</b>
	Uruchomienie profesjonalnej pracowni badań RTG w Ostrowcu Świętokrzyskim (Usługi Rentgenowskie H. Gruszka w Ostrowcu Świętokrzyskim)	0	199 989	<b>199 989</b>
<b>razem:</b>		<b>22 869 127</b>	<b>12 090 903</b>	<b>34 960 030</b>

\* kwoty dla działania 1.3.2 ZPORR 2004 – 2006 podano zgodnie ze stanem w dniu 30 listopada 2006r. według aneksów do umów zawartych przez Wojewodę Świętokrzyskiego natomiast kwoty dla działania 3.4 ZPORR 2004 – 2006 podano zgodnie ze stanem w dniu 31 grudnia 2006r. według aneksów do umów zawartych przez Województwo Świętokrzyskie.

Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych jednostki opieki zdrowotnej mogły uzyskać wsparcie finansowe ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przeznaczone na realizację działań w ramach:

1. Programu Wyrównywania Różnic Między Regionami, którego celem było wyrównywanie szans osób niepełnosprawnych, zamieszkujących regiony słabo rozwinięte gospodarczo i społecznie w dostępie do rehabilitacji zawodowej i społecznej, w tym w szczególności na
  - ✓ wyposażenie obiektów służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych w sprzęt rehabilitacyjny (obszar A),
  - ✓ likwidację barier w zakresie umożliwienia osobom niepełnosprawnym poruszanie się i komunikowanie (obszar B),
  - ✓ likwidację barier transportowych (obszar D),
2. dofinansowania robót budowlanych w obiektach służących rehabilitacji, w związku z potrzebami osób niepełnosprawnych - zadania stanowiącego zgodnie z ustawą (art.35) obowiązki samorządu województwa,

3. dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny – zadania stanowiącego zgodnie z ustawą (art.35a) obowiązki samorządu powiatowego,
4. przystosowania stanowisk pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych, adaptacji pomieszczeń zakładu do potrzeb osób niepełnosprawnych, adaptacji lub nabycia urządzeń ułatwiających osobie niepełnosprawnej funkcjonowanie w zakładzie oraz zwrotu kosztów wynagrodzenia osób niepełnosprawnych - zadania realizowanego zgodnie z ustawą (art.26) przez starostę powiatu.

W latach 2003 – 2006 dofinansowanie ze środków PFRON otrzymało:

- ✓ 30 projektów w ramach Programu Wyrównywania Różnic Między Regionami - w łącznej wysokości 1 712 439 zł., w tym 12 projektów dotyczących obszaru A (842 742 zł.), 15 projektów dotyczących obszaru B (520 197 zł.) oraz 3 projekty dotyczące obszaru D (349 500 zł.),
- ✓ 9 projektów związanych z dofinansowaniem robót budowlanych w obiektach służących rehabilitacji - w łącznej wysokości 1 126 701 zł.,
- ✓ 10 projektów związanych z dofinansowaniem zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny - w łącznej wysokości 191 321 zł.,
- ✓ 6 projektów związanych z przystosowania stanowisk pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych oraz zwrotem kosztów wynagrodzenia - w łącznej wysokości 141 667 zł.

### Struktura dotacji z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych wg organu założycielskiego

organ założycielski	nazwa zadania samorządu terytorialnego lub Programu	nazwa projektu oraz nazwa placówki opieki zdrowotnej	kwota dotacji w latach (w zł.)					
			2003	2004	2005	2006	razem	
gmina	dofinansowanie robót budowlanych dotyczących obiektów służących rehabilitacji, w związku z potrzebami osób niepełnosprawnych (zadanie samorządu województwa - art.35 ust.1 pkt.5 ustawy)	Remont pomieszczeń w budynku Ośrodka Zdrowia w Oleśnicy, celem utworzenia pomieszczeń do rehabilitacji – Gmina Oleśnica w Samodzielnym Gminnym Ośrodku Zdrowia w Oleśnicy	0	75 000	0	0	<b>75 000</b>	
		Dostosowanie pomieszczeń w budynku przychodni do potrzeb osób niepełnosprawnych – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Opatowie	0	14 715	0	0	<b>14 715</b>	
	wyrównywanie różnic między regionami – B (likwidacja barier architektonicznych)	Gminny Ośrodek Zdrowia w Słupia Jędrzejowska – Ośrodek Zdrowia Słupia Jędrzejowska	0	0	0	26 715	<b>26 715</b>	
		Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Oksie	0	0	0	23 784	<b>23 784</b>	
		Gminny Zespół Ośrodków Zdrowia w Nagłowicach – Ośrodek Zdrowia Nagłowice	0	0	0	11 245	<b>11 245</b>	
		Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sobkowie – Ośrodek Zdrowia Sobków	0	0	0	41 197	<b>41 197</b>	
		Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sobkowie – Ośrodek Zdrowia Mięsowa	0	0	0	35 430	<b>35 430</b>	
		Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Fałkowie	0	0	0	42 920	<b>42 920</b>	
		Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radoszycach	0	0	0	29 988	<b>29 988</b>	
		Samorządowy Zespół Ośrodków Zdrowia w Zagnańsku	0	0	0	7 537	<b>7 537</b>	
		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Szydłowie	0	0	0	8 052	<b>8 052</b>	
		Gminny Ośrodek Zdrowia w Kluczewsku	0	0	0	10 000	<b>10 000</b>	
		Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Brodach – Ośrodek Zdrowia Krynki	0	0	0	62 218	<b>62 218</b>	
		Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Brodach – Ośrodek Zdrowia Lubienia	0	0	0	63 744	<b>63 744</b>	
		wyrównywanie różnic między regionami – A (wyposażenie obiektów służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych w sprzęt rehabilitacyjny)	Gmina Brody – zakup sprzętu rehabilitacyjnego do Pracowni Fizjoterapii Gminnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Brodach	0	0	0	19 943	<b>19 943</b>
			Rozwiązanie problemów osób niepełnosprawnych w zakresie rehabilitacji na terenie Gminy Zagnańsk poprzez wyposażenie jednostki w niezbędny sprzęt – Samorządowy Zespół Ośrodków Zdrowia w Zagnańsku	0	0	0	16 963	<b>16 963</b>
			Zakup sprzętu rehabilitacyjnego dla osób niepełnosprawnych – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gminny Ośrodek Zdrowia w Smykowie	0	0	0	103 114	<b>103 114</b>

		Zakup sprzętu rehabilitacyjnego niezbędnego do rehabilitacji leczniczej osób niepełnosprawnych – Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Jędrzejowie	0	0	0	6 364	<b>6 364</b>
	dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny (zadanie samorządu powiatowego - art.35a ust.1 pkt.7 lit.c ustawy)	Miejsko-Gminny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Staszowie	7 200	7 011	0	9 360	<b>23 571</b>
		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej – Przychodnia Zdrowia w Połańcu	7 314	6 010	11 676	11 383	<b>36 383</b>
		Miejsko-Gminny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Osieku	0	4 622	0	0	<b>4 622</b>
		Zorganizowanie stanowiska pracy dla potrzeb osoby niepełnosprawnej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Iwaniskach	5 651	4 830	0	0	<b>10 481</b>
	przystosowanie stanowiska pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych, adaptacja pomieszczeń zakładu do potrzeb osób niepełnosprawnych, adaptacja lub nabycie urządzeń ułatwiających osobie niepełnosprawnej funkcjonowanie w zakładzie (zadanie starosty - art. 26 ustawy)	Przystosowanie pomieszczeń do potrzeb osób niepełnosprawnych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Opatowie	0	14 715	0	0	<b>14 715</b>
powiat	wyrównywanie różnic między regionami – B (likwidacja barier architektonicznych)	Zespół Opieki Zdrowotnej w Końskich – Przychodnia Specjalistyczna Końskie	0	0	0	17 201	<b>17 201</b>
		Zespół Opieki Zdrowotnej w Końskich – Przychodnia Kompleksowej Rehabilitacji i Fizykoterapii Końskie	0	0	0	22 164	<b>22 164</b>
		Powiatowe Centrum Usług Medycznych w Kielcach	0	0	0	118 002	<b>118 002</b>
	wyrównywanie różnic między regionami – D (likwidacja barier transportowych)	Zespół Opieki Zdrowotnej w Końskich	0	0	0	175 000	<b>175 000</b>
		Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim	0	0	0	92 000	<b>92 000</b>
		Zespół Opieki Zdrowotnej w Busku - Zdroju	0	0	82 500	0	<b>82 500</b>
	wyrównywanie różnic między regionami – A (wyposażenie obiektów służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych w sprzęt rehabilitacyjny)	Doposażenie Poradni Rehabilitacji PCUM w specjalistyczny sprzęt rehabilitacyjny – Powiatowe Centrum Usług Medycznych w Kielcach	0	0	0	10 301	<b>10 301</b>
		Zakup sprzętu rehabilitacyjnego dla potrzeb osób niepełnosprawnych – Zespół Opieki Zdrowotnej w Końskich	0	0	0	257 491	<b>257 491</b>
		Wyposażenie obiektów służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych w sprzęt rehabilitacyjny – Szpital Powiatowy w Chmielniku	0	0	0	9 025	<b>9 025</b>
	przystosowanie stanowiska pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych, adaptacja pomieszczeń zakładu do potrzeb osób niepełnosprawnych, adaptacja lub nabycie urządzeń ułatwiających osobie niepełnosprawnej funkcjonowanie w zakładzie (zadanie starosty - art. 26 ustawy); zwrot kosztów wynagrodzenia osób niepełnosprawnych (art. 26 ustawy – stan do 2002r.)	Dofinansowanie zakupu analizatora PH gazów krwi, elektrolitów, aparatu EKG z wózkiem jezdny oraz wywoływacza błon RTG w Zespole Opieki Zdrowotnej w Końskich	35 000	25 000	0	0	<b>60 000</b>
		Refundacja kosztów wynagrodzenia wypłacanego osobom niepełnosprawnym w Międzyzakładowym Ośrodku Medycyny Pracy w Ostrowcu Świętokrzyskim	2 238	0	0	0	<b>2 238</b>
		Refundacja kosztów wynagrodzeń wypłacanych osobom niepełnosprawnym w Zespole Opieki Zdrowotnej w Pińczowie	0	10 920	10 807	8 987	<b>30 714</b>

		Organizowanie nowych miejsc pracy w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Opatowie	12 148	11 371	0	0	<b>23 519</b>
	dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny (zadanie samorządu powiatowego - art.35a ust.1 pkt.7 lit.c ustawy)	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie	10 764	11 153	0	11 665	<b>33 582</b>
		Dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego w Zespole Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie	10 200	0	0	0	<b>10 200</b>
województwo	dofinansowanie robót budowlanych dotyczących obiektów służących rehabilitacji, w związku z potrzebami osób niepełnosprawnych (zadanie samorządu województwa - art.35 ust.1 pkt.5 ustawy)	Rozbudowa obiektu służącego rehabilitacji mająca na celu dokończenie i uruchomienie krytej pływalni w Czarnieckiej Górze – Świętokrzyskie Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze	564 900	0	0	0	<b>564 900</b>
		Dobudowa szybu windowego, zakup i montaż windy w budynku WSZ w Kielcach ul. Kościuszki 3 – Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach	0	88 389	0	0	<b>88 389</b>
	wyrównywanie różnic między regionami – A (wyposażenie obiektów służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych w sprzęt rehabilitacyjny)	Wyposażenie Zakładu Rehabilitacji w sprzęt niezbędny do udzielania świadczeń oraz Poradni Pomocy Psychologicznej dla przeprowadzania indywidualnej psychoterapii – Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach	0	0	0	28 396	<b>28 396</b>
		Zakup wyposażenia dla Oddziału Rehabilitacji Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach poprawą warunków leczenia osób niepełnosprawnych – Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach	0	0	0	270 905	<b>270 905</b>
		Wyposażenie zaplecza rehabilitacyjnego w sprzęt rehabilitacyjny – Świętokrzyskie Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze	0	0	0	91 000	<b>91 000</b>
właściwy minister	dofinansowanie robót budowlanych dotyczących obiektów służących rehabilitacji, w związku z potrzebami osób niepełnosprawnych (zadanie samorządu województwa - art.35 ust.1 pkt.5 ustawy)	Zakup i montaż windy w Sanatorium „Markoni” w Busku-Zdroju – Zakład Lecznictwa Uzdrawiskowego w Busku Zdroju	45 000	0	0	0	<b>45 000</b>
niepubliczne zoz, fundacje	dofinansowanie robót budowlanych dotyczących obiektów służących rehabilitacji, w związku z potrzebami osób niepełnosprawnych (zadanie samorządu województwa - art.35 ust.1 pkt.5 ustawy)	Przystosowanie budynków do potrzeb osób niepełnosprawnych – Prywatny Gabinet Okulistyczny w Sandomierzu	0	7 500	0	0	<b>7 500</b>
		Rozbudowa Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego dla Osób z Chorobą Alzheimera w Koprzywnicy – Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Chorobą Alzheimera w Koprzywnicy w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Medyk” w Koprzywnicy	0	0	282 403	0	<b>282 403</b>
		Budowa podjazdu dla niepełnosprawnych w Ośrodku Zdrowia w Zbelutce Starej 56 – Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „WIELMED” w Łagowie	0	0	3 294	0	<b>3 294</b>

		Dobudowa wiatrołapu z windą dla osób niepełnosprawnych, wymiana poszycia dachowego, wymiana co., docieplenie budynku – Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Dwikozach	0	0	0	45 500	<b>45 500</b>
wyrównywanie różnic między regionami – A (wyposażenie obiektów służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych w sprzęt rehabilitacyjny)		Wzbogacenie oferty rehabilitacyjnej dla osób niepełnosprawnych z terenu powiatu sandomierskiego – Caritas Diecezji Sandomierskiej dla Centrum Pielęgniarstwa Środowiskowego - Rodzinnego i Rehabilitacji przy Stacji Opieki Caritas w Sandomierzu	0	0	0	6 750	<b>6 750</b>
		Zakup łóżek rehabilitacyjnych dla osób niepełnosprawnych wymagających rehabilitacji przyłóżkowej w Domu dla Niepełnosprawnych w Piekoszowie – Caritas Diecezji Kieleckiej dla Domu dla Niepełnosprawnych w Piekoszowie	0	0	0	22 490	<b>22 490</b>
dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny (zadanie samorządu powiatowego - art.35a ust.1 pkt.7 lit.c ustawy)		Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Centrum Medyczne” w Połańcu	6 600	11 153	0	12 642	<b>30 395</b>
		„Staszowskie Centrum Medyczne” Spółka z o.o. w Koniemłotach dla Niepublicznego Zakładu Lecznictwa Ambulatoryjnego w Staszowie	0	11 153	0	12 136	<b>23 289</b>
		Zakład Rehabilitacji Kompleksowej i Promocji Zdrowia „Kama” w Połańcu	0	6 350	0	10 766	<b>17 116</b>
		Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Medyk” w Koprzywnicy	0	6 223	0	0	<b>6 223</b>
		Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Dwikozach	0	0	5 940	0	<b>5 940</b>
<b>razem:</b>			<b>707 015</b>	<b>316 115</b>	<b>396 620</b>	<b>1 752 378</b>	<b>3 172 128</b>



### 3. Analiza SWOT

<b>MOCNE Strony</b>	<b>SŁABE Strony</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dobrze wykwalifikowana kadra medyczna.</li> <li>2. Szeroka i profesjonalna oferta usług medycznych, finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez regionalne zakłady opieki zdrowotnej.</li> <li>3. Istnienie ośrodków stosujących nowoczesne technologie medyczne.</li> <li>4. Zwiększająca się liczba zakładów posiadających akredytację oraz certyfikaty jakości.</li> <li>5. Realizowanie projektów z zakresu ochrony zdrowia współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Niedostosowanie struktury i funkcjonowania regionalnego systemu ochrony zdrowia do zmieniającej się sytuacji społeczno - demograficznej.</li> <li>2. Wysokie koszty funkcjonowania regionalnego systemu ochrony zdrowia.</li> <li>3. Zadłużenie zakładów opieki zdrowotnej, realizujących świadczenia finansowane ze środków publicznych.</li> <li>4. Dekapitalizacja znacznej części bazy materialnej.</li> <li>5. Niedostosowanie zakładów do obowiązujący wymagań fachowych i sanitarnych.</li> <li>6. Regionalne dysproporcje w poziomie rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia (północ / południe województwa).</li> </ol>
<b>SZANSE</b>	<b>ZAGROŻENIA</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nie w pełni wykorzystany potencjał zasobów kadrowych oraz części sprzętu medycznego.</li> <li>2. Wyposażenie zakładów opieki zdrowotnej w sprzęt medyczny niezbędny na danym poziomie opieki.</li> <li>3. Dostosowanie regionalnego systemu ochrony zdrowia do zmieniających się potrzeb zdrowotnych mieszkańców regionu.</li> <li>4. Przygotowanie do wykonywania usług medycznych o wysokim standardzie.</li> <li>5. Możliwość optymalizacji kosztów funkcjonowania regionalnego systemu ochrony zdrowia.</li> <li>6. Zwiększenie poziomu finansowania usług medycznych.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Niski poziom finansowania regionalnego systemu ochrony zdrowia.</li> <li>2. Niedostosowanie leczenia stacjonarnego regionu do zachodzących zjawisk związanych ze starzeniem się społeczeństwa.</li> <li>3. Niska świadomość zdrowotna mieszkańców.</li> <li>4. Przedłużająca się procedura wdrożenia planu sieci szpitali opieki krótkoterminowej oraz planu sieci zakładów psychiatrycznych.</li> <li>5. Narastające dysproporcje w poziomie rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia pomiędzy województwami.</li> <li>6. Brak funkcjonującego „koszyka” świadczeń gwarantowanych, ukazującego możliwości finansowe krajowego systemu ochrony zdrowia.</li> <li>7. Wycena kosztów wykonania poszczególnych procedur medycznych przyjęta przez NFZ przy zawieraniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej niezgodna z rzeczywistymi kosztami ich wykonania.</li> </ol>

## **4. Cele Regionalnego Programu Rozwoju i Restrukturyzacji Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Świętokrzyskiego do 2013 roku oraz ich spójność z dokumentami regionalnymi i krajowymi**

### **4.1. Cel nadrzędny**

Dostosowanie regionalnego systemu ochrony zdrowia, realizującego świadczenia finansowane ze środków publicznych, do zmieniających się potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa jako czynnik warunkujący poprawę stanu zdrowia, sprzyjający budowie konkurencyjnej regionalnej gospodarki.

Uzasadnienie wyboru celu:

Zdrowie, zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia, „jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, psychicznej i społecznej a nie tylko brakiem choroby lub ułomności”<sup>45</sup>. Pojmowane jest także jako zdolność do adaptacji w zmieniającym się środowisku i radzenia sobie z tymi zmianami czy umiejętność pełnienia ról społecznych. Traktowane jest jako rodzaj zasobu (bogactwa / kapitału) gwarantującego rozwój społeczny i ekonomiczny. Jedynie zdrowe społeczeństwo może tworzyć dobra materialne i kulturowe oraz rozwijać się. Może również osiągać odpowiednią jakość życia rozumianą jako sprawne funkcjonowanie do późnej starości, większą wydajność pracy i lepsze zarobki oraz uzyskanie satysfakcji z życia<sup>46</sup>. Zdrowie jednostki i zbiorowości są determinowane przez wiele czynników. Służba zdrowia jest jednym z czterech tzw. „pól zdrowia” mających wpływ na zmiany stanu zdrowia populacji. Jej potencjalne oddziaływanie na redukcję umieralności oraz rozwiązywanie problemów zdrowotnych wynosi około 10 - 11%. Pochłania ona jednak około 90% środków przeznaczonych na zdrowie<sup>47</sup>.

Realizacja poszczególnych celów strategicznych i operacyjnych Programu powinna przyczynić się do efektywniejszego wykorzystania środków przez regionalny system ochrony zdrowia oraz zwiększyć dostępność do świadczeń wynikających ze zmieniających się potrzeb zdrowotnych. Poprawa efektywności funkcjonowania systemu powinna natomiast wpłynąć na poprawę stanu zdrowia mieszkańców naszego województwa, co będzie sprzyjać lepszemu wykorzystaniu zasobów ludzkich w budowie konkurencyjnej regionalnej gospodarki.

---

<sup>45</sup> Źródło: Czupryna A., Poździoch St. Ryś A., Włodarczyk C.: Zdrowie Publiczne. UWM „Vesalius”, Kraków 2000.

<sup>46</sup> Źródło: Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny NPZ: Narodowy Program Zdrowia 1996 – 2005. BPSwOZ MZiOS, Warszawa 1996; Narodowy Program Zdrowia na lata 2007 – 2015 – Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007r.

<sup>47</sup> Źródło: Czupryna A., Poździoch St. Ryś A., Włodarczyk C.: Zdrowie Publiczne. UWM „Vesalius”, Kraków 2000.

## **4.2. Cele strategiczne i operacyjne**

### **4.2.1. Cel 1 - Zapewnienie świadczeń zdrowotnych dostosowanych do obecnych i przewidywanych potrzeb zdrowotnych, wynikających z dynamiki długookresowych trendów demograficznych**

**1.1** – Poprawa opieki medycznej nad ciężarną, płodem, noworodkiem i niemowlęciem.

**1.2** – Poprawa opieki medycznej nad dziećmi i młodzieżą.

**1.3** – Zapewnienie właściwej opieki medycznej w środowisku pracy, w szczególności rehabilitacji zawodowej.

**1.4** – Dostosowanie struktury łóżek szpitalnych do istniejących i prognozowanych potrzeb w zakresie stacjonarnej opieki krótkoterminowej.

**1.5** – Poprawa funkcjonowania systemu opieki psychiatrycznej zapewniającego opiekę bez oderwania chorego od jego rodzinnego środowiska, obejmującego leczenie i rehabilitację w systemie ambulatoryjnym, środowiskowym, dziennym oraz stacjonarnym całodobowym.

**1.6** – Zapewnienie właściwej opieki osobom w terminalnej fazie choroby oraz w wieku podeszłym, w tym rozwój zakładów prowadzących opiekę długoterminową, pielęgnacyjno – opiekuńczą oraz paliatywno – hospicyjną.

Uzasadnienie wyboru celu:

W województwie świętokrzyskim coraz wyraźniej występuje i przybiera na sile zjawisko starzenia się mieszkańców. Systematycznie spada liczba urodzeń, która przy utrzymującym się poziomie umieralności wpływa na ujemny przyrost naturalny i zmniejszenie się liczby ludności. Jednocześnie następujący wzrost przeciętnej długości trwania życia wpływa na zwiększenie odsetka osób w wieku poprodukcyjnym. Wraz z wiekiem zmienia się również znaczenie poszczególnych grup chorób stanowiących przyczyny zgonów i niepełnosprawności. Istotne staje się dostosowanie struktury świadczeń do obecnych i przewidywanych potrzeb zdrowotnych oraz wyposażenie regionalnego systemu ochronny zdrowia w sprzęt medyczny umożliwiający:

- ✓ poprawę opieki perinatalnej oraz uzupełnienie jej o nowe technologie medyczne wykonywane wobec ciężarnej, płodu, noworodka i niemowlęcia z jednoczesnym zapewnieniem równego dostępu do tej grupy świadczeń poszczególnym grupom społecznym,
- ✓ usprawnienie profilaktyki, leczenia i rehabilitacji najczęściej występujących wrodzonych wad rozwojowych,

- ✓ wczesne diagnozowanie deficytów rozwojowych i wynikających z nich problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży oraz podjęcie leczenia i rehabilitacji celem zapobiegania problemom zdrowotnym w późniejszym wieku,
- ✓ poprawę stanu zdrowia pracowników związaną ze zmniejszeniem ilości wypadków przy pracy i chorób zawodowych oraz stosowaniem rehabilitacji zawodowej umożliwiającej jak najdłuższą aktywność zawodową,
- ✓ zapewnienie właściwej opieki oraz wydłużenie okresu sprawności psychofizycznej i możliwości pełnienia ról społecznych osobom w wieku podeszłym,
- ✓ zapewnienie właściwej struktury łóżek krótko – i długoterminowych oraz rozwój alternatywnych form opieki (hospitalizacja jednego dnia, opieka dzienna)
- ✓ zapewnienie jak najbliżej miejsca zamieszkania dostępu do różnych form świadczeń z zakresu ochrony zdrowia psychicznego oraz upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej<sup>48</sup>.

#### **4.2.2. Cel 2 - Zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego w sytuacjach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia**

**2.1** – Rozwój ratownictwa przedszpitalnego.

**2.2** – Rozwój szpitalnych oddziałów ratunkowych.

Uzasadnienie wyboru celu:

Podobnie jak w Polsce istotnym elementem regionalnego systemu ochrony zdrowia jest zintegrowany system ratownictwa medycznego, stanowiący jeden z kluczowych czynników obniżenia poziomu śmiertelności, zwłaszcza z powodu wypadków drogowych, katastrof oraz zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia wśród osób w wieku produkcyjnym. System ten powinien zapewnić realizację zasad dotyczących „jednych noszy” od miejsca zdarzenia do oddziału ratunkowego oraz „złotej godziny” tj. nie przekraczania 60 minut mijających od zdarzenia do rozpoczęcia leczenia szpitalnego lub porady / leczenia w przypadkach innych niż stan bezpośredniego zagrożenia życia oraz odpowiedniego rozmieszczenia zespołów ratownictwa medycznego, umożliwiającego dotarcie do osoby znajdującej się w stanie nagłym w czasie nie dłuższym niż 8 minut w aglomeracji miejskiej i 15 minut poza aglomeracją miejską. Osiągnięcie standardów przyjętych dla systemu ratownictwa medycznego wymaga jednak adaptacji pomieszczeń i wyposażenia zakładów opieki zdrowotnej w sprzęt medyczny niezbędny do diagnostyki i leczenia osób w stanach nagłych.

---

<sup>48</sup> Projekt rozporządzenia Rady Ministrów z dnia z dnia 28 września 2007r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego

### **4.2.3. Cel 3 – Zwiększenie efektywności i jakości leczenia**

**3.1** – Modernizacja oraz racjonalny rozwój infrastruktury regionalnego systemu ochrony zdrowia zapewniający optymalizację zasobów i poprawę ich efektywność.

**3.2** - Zapewnienie dostępu do technologii medycznych o udowodnionej skuteczności i wysokiej efektywności.

**3.3** - Rozwój programów oceny jakości w zakładach opieki zdrowotnej.

Uzasadnienie wyboru celu:

Województwo Świętokrzyskie należy do regionów o niskim rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia. Wyposażenie szpitali w sprzęt medyczny w wielu przypadkach jest dużo niższe od wskaźników dla Polski, plasując nasze województwo na najniższych miejscach w kraju. W 2006 roku wyposażenie szpitali ogólnych w wybrany sprzęt oraz pracownie badań czynnościowych na 100 tys. ludności wynosiło<sup>49</sup>: analizatory biochemiczne 1,6 – 16 miejsce w kraju (Polska 2,3), aparat RTG z torem wizyjnym 1,6 – 16 miejsce (Polska 2,5), pracownie echokardiografii 1,9 – 11 miejsce (Polska 7,5), elektroencefalografii 0,7 – 10 miejsce (Polska 0,9) oraz pracownie elektromiografii 0,0 – 16 miejsce (Polska 0,2). Jednocześnie posiadany sprzęt medyczny jest w znacznym stopniu zdekapitalizowany oraz przestarzały technologicznie. Jego dalsze użytkowanie stwarza zagrożenie dla zdrowia pacjentów i personelu medycznego. Uniemożliwia również wykonanie szeregu badań diagnostycznych i procedur medycznych wymaganych na danym poziomie opieki (podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, opieka stacjonarna). Także większość budynków nie spełnia obowiązujących wymagań fachowych i sanitarnych. Zgodnie z obowiązującymi przepisami<sup>50</sup> zakłady opieki zdrowotnej zostały zobowiązane w terminie do 31 grudnia 2012r. do dostosowania swoich pomieszczeń i urządzeń do warunków określonych w rozporządzeniu. Wzrost efektywności wykonywanych świadczeń zdrowotnych i jakości opieki uzależnione jest od modernizacji istniejącej infrastruktury oraz jej racjonalnego rozwoju zgodnego z potrzebami zdrowotnymi mieszkańców regionu.

### **4.2.4. Cel 4 – Poprawa sytuacji zdrowotnej w zakresie chorób stanowiących istotne problemy zdrowotne mieszkańców województwa**

**4.1** – Modernizacja oraz rozwój infrastruktury usprawniającej wczesną diagnostykę i czynną opiekę nad osobami z chorobami nowotworowymi.

<sup>49</sup> Źródło: Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2007. CSI OZ, Warszawa 2007.

<sup>50</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213, poz. 1568 z późniejszymi zmianami)

**4.2** – Modernizacja oraz rozwój infrastruktury usprawniającej wczesną diagnostykę i czynną opiekę nad osobami z chorobami układu krążenia.

**4.3** – Modernizacja oraz rozwój infrastruktury usprawniającej wczesną diagnostykę i czynną opiekę nad osobami z chorobami układu oddechowego.

Uzasadnienie wyboru celu:

W województwie świętokrzyskim podobnie jak w Polsce choroby układu krążenia oraz choroby nowotworowe pozostają nadal dominującymi przyczynami zgonów. Głównie zagrożona jest nimi druga połowa życia mieszkańców. Doświadczenia wielu krajów wskazują, że istnieją możliwości skutecznych działań prowadzących do znacznej redukcji umieralności, szczególnie umieralności przedwczesnej spowodowanej chorobami cywilizacyjnymi. Działania te wymagają jednak skoordynowanych działań obejmujących promocję zdrowia, profilaktykę, leczenie szpitalne i ambulatoryjne oraz rehabilitację. Poprawa sytuacji zdrowotnej mieszkańców województwa w tym zakresie uzależniona jest między innymi od poprawy dostępności do badań przesiewowych o odpowiednim poziomie trafności umożliwiających wykrywanie wczesnych zmian chorobowych. Wymaga to jednak modernizacji i rozwoju infrastruktury służącej wczesnej diagnostyce i kompleksowemu leczeniu chorób układu krążenia, układu oddechowego oraz chorób nowotworowych.

#### **4.2.5. Cel 5 – Wzmocnienie uczestnictwa mieszkańców w działaniach prozdrowotnych**

**5.1** – Rozwój programów zwiększających dostępność mieszkańców do fachowej wiedzy medycznej oraz usług medycznych świadczonych drogą elektroniczną.

**5.2** – Rozwój programów promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej zwiększających odpowiedzialność mieszkańców za własne zdrowie (nie ujętych w Celach 1 -4).

Uzasadnienie wyboru celu:

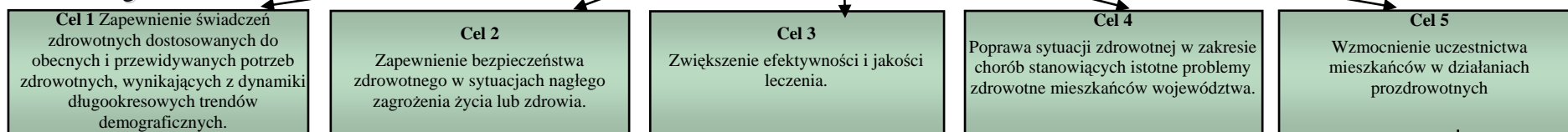
Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna odnosi się nie tylko do określonych jednostek chorobowych, ale w szczególności dostarcza wiedzę umożliwiającą podejmowanie właściwych wyborów i decyzji sprzyjających własnemu zdrowiu. Działania podejmowane w tym zakresie powinny aktywizować mieszkańców do szukania fachowej wiedzy medycznej dotyczącej zdrowia, ale również motywować do aktywnego w nich udziału.

## REGIONALNY PROGRAM ROZWOJU I RESTRUKTURYZACJI ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO DO 2013 ROKU

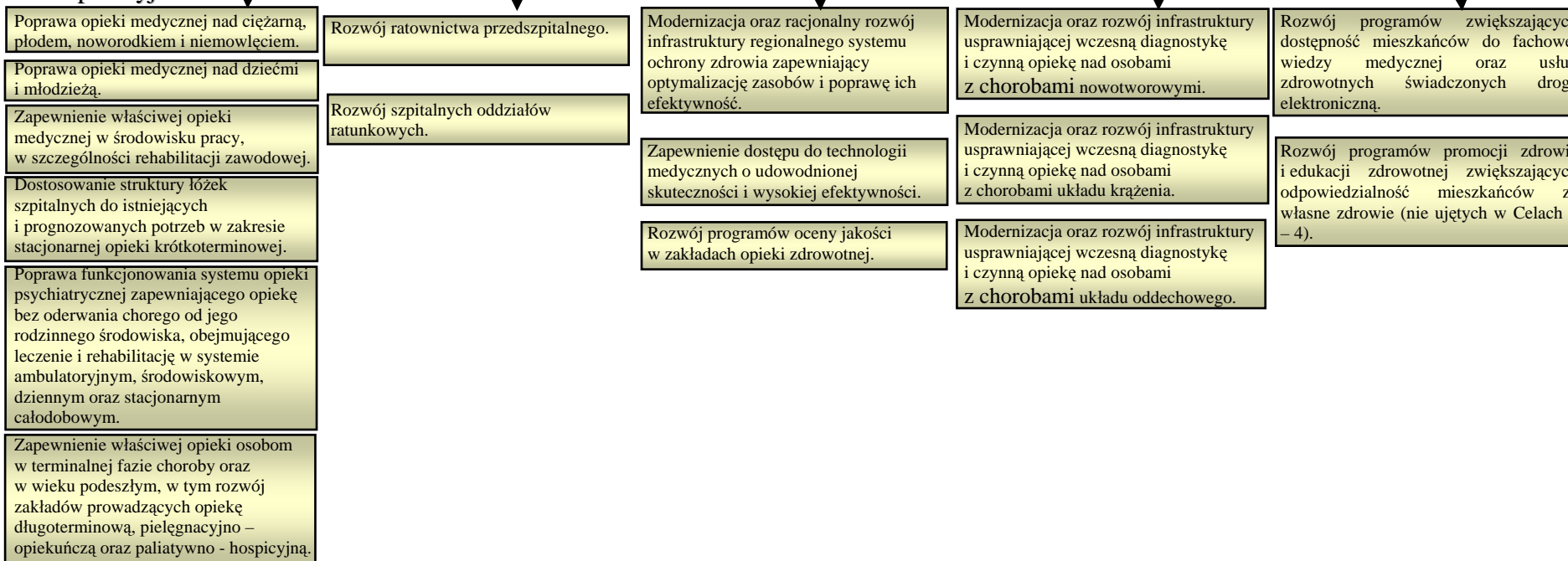
### cel nadrzędny

Dostosowanie regionalnego systemu ochrony zdrowia, realizującego świadczenia finansowane ze środków publicznych, do zmieniających się potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa jako czynnik warunkujący poprawę stanu zdrowia, sprzyjający budowie konkurencyjnej regionalnej gospodarki.

### cele strategiczne



### cele operacyjne



### **4.3. Zgodność celów z regionalnymi i krajowymi dokumentami programowymi**

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określiła zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zobowiązała samorządy województw do podejmowania działań umożliwiających wzrost efektywności, w tym restrukturyzację w ochronie zdrowia.

Regionalny Program Restrukturyzacji w Ochronie Zdrowia realizowany jest na terenie województwa świętokrzyskiego od 2000 roku. Stanowi on jeden z priorytetów polityki zdrowotnej regionu, ujętej w Strategii Rozwoju Województwa Świętokrzyskiego<sup>51</sup> w ramach celu odnoszącego się do rozwoju systemów infrastruktury technicznej i społecznej. W związku z:

- ✓ upływem terminu realizacji edycji Programu na lata 2003 – 2005<sup>52</sup> oraz
- ✓ przyjęciem przez Radę Ministrów Strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007 – 2013

cele Regionalnego Programu Rozwoju i Restrukturyzacji Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Świętokrzyskiego do 2013 roku powinny wpisywać się w założenia regionalnych i krajowych dokumentów programowych. Przyjęte w obecnej edycji Programu cele rozwoju i restrukturyzacji regionalnego systemu ochrony zdrowia wynikają z obowiązujących dokumentów strategicznych i umożliwią dostosowanie regionalnego systemu ochrony zdrowia do zmieniających się potrzeb zdrowotnych mieszkańców naszego województwa.

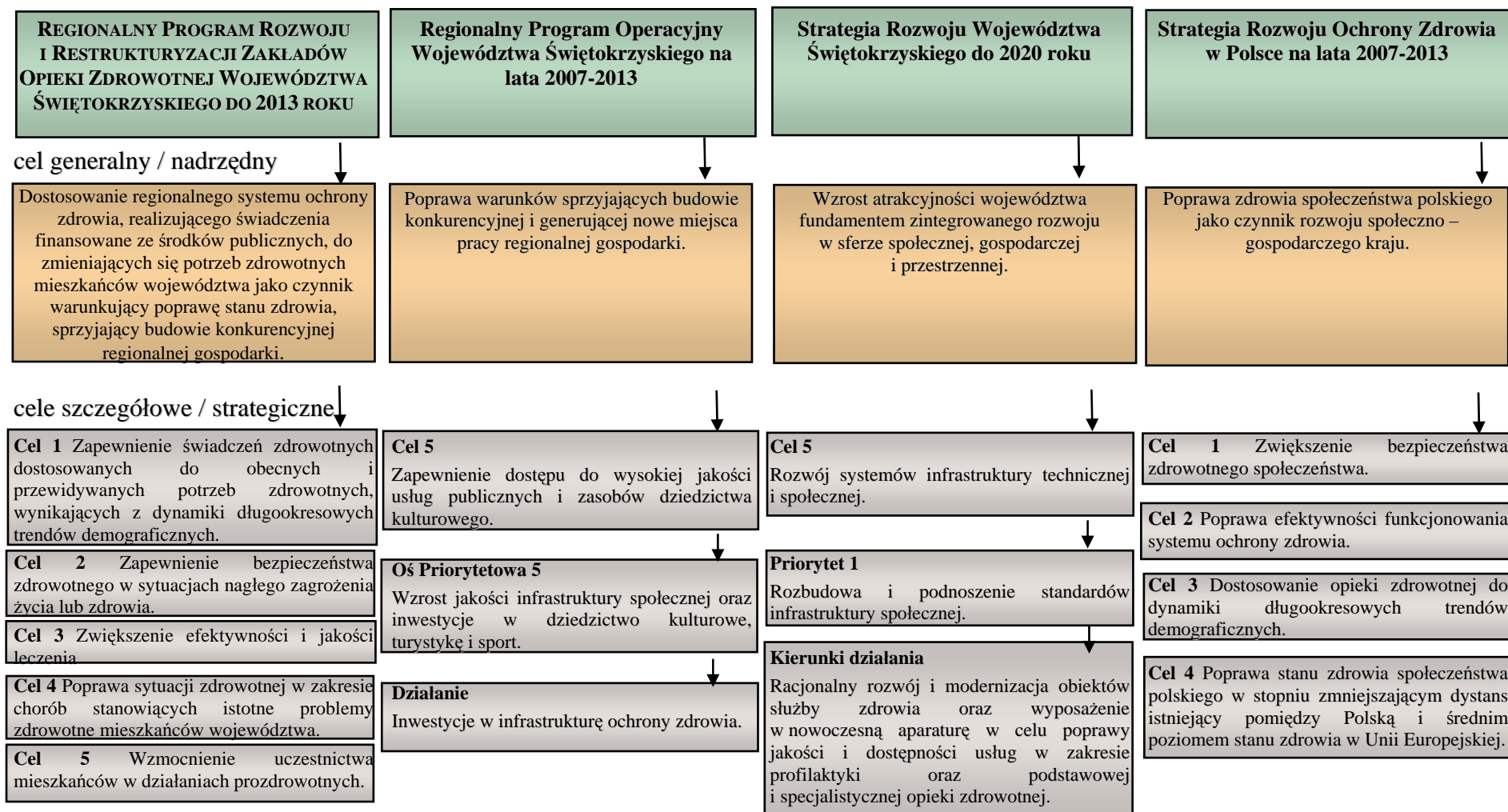
---

<sup>51</sup> Uchwała Nr XLII/508/06 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 26 października 2006r. w sprawie uchwalenia Strategii Rozwoju Województwa Świętokrzyskiego do 2020 roku

<sup>52</sup> Uchwała Nr 3/2003 Regionalnego Komitetu Sterującego Programu Restrukturyzacji w Ochronie Zdrowia Województwa Świętokrzyskiego z dnia 28 maja 2003r., zatwierdzenie przez Wojewodę Świętokrzyskiego w dniu 30 maja 2003r.



## PORÓWNANIE CELÓW REGIONALNYCH I KRAJOWYCH DOKUMENTÓW PROGRAMOWYCH



## 5. Wskaźniki monitorowania realizacji celów

L.p.	Cele strategiczne / operacyjne	Wskaźnik	Źródło danych
<b>Cel 1 - Zapewnienie świadczeń zdrowotnych dostosowanych do obecnych i przewidywanych potrzeb zdrowotnych, wynikających z dynamiki długookresowych trendów demograficznych.</b>			
1.	<b>1.1</b> – Poprawa opieki medycznej nad ciężarną, płodem, noworodkiem i niemowlęciem.	Liczba zgonów niemowląt i wskaźnik zgonów niemowląt na 1 000 urodzeń żywych	GUS
2.		Urodzenia żywe według wagi noworodka poniżej 2 500 g	GUS
3.		Liczba programów zdrowotnych oraz liczba osób objętych każdym programem	ŚOW NFZ
4.		Liczba placówek realizujących poszczególne programy zdrowotne wg powiatów	ŚOW NFZ
5.	<b>1.2</b> – Poprawa opieki medycznej nad dziećmi i młodzieżą.	Liczba świadczeniodawców oraz liczba osób objętych przez nich opieką w środowisku nauczania i wychowania	ŚOW NFZ
6.		Odsetek uczniów, którym wykonano profilaktyczne badanie lekarskie	ŚCMOZ
7.		Liczba czynnych gabinetów stomatologicznych w placówkach nauczania i wychowania	ŚOW NFZ
8.		Liczba programów zdrowotnych dotyczących opieki zdrowotnej nad populacją w wieku szkolnym oraz liczba osób objętych każdym programem	ŚOW NFZ
9.		Liczba placówek realizujących poszczególne programy zdrowotne wg powiatów	ŚOW NFZ
10.	<b>1.3</b> – Zapewnienie właściwej opieki medycznej w środowisku pracy, w szczególności rehabilitacji zawodowej.	Liczba poszkodowanych w wypadkach przy pracy (poza gospodarstwami indywidualnymi w rolnictwie)	GUS
11.		Liczba chorób zawodowych	GUS
12.		Liczba osób pobierająca renty z tytułu niezdolności do pracy (objęci pozarolniczym systemem ubezpieczeń społecznych)	GUS
13.		Liczba programów zdrowotnych oraz liczba osób objętych każdym programem	WOMP
14.		Liczba zakładów pracy, w których realizowano poszczególne programy zdrowotne wg powiatów	WOMP
15.	<b>1.4</b> – Dostosowanie struktury łóżek szpitalnych do istniejących i prognozowanych potrzeb w zakresie stacjonarnej opieki krótkoterminowej.	Liczba i wskaźnik łóżek w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności (ogółem; w poszczególnych specjalnościach medycznych)	ŚCMOZ GUS
16.		Wskaźnik średniego czasu leczenia oraz wykorzystania łóżek w% (ogółem; w poszczególnych specjalnościach medycznych)	ŚCMOZ GUS
17.		Liczba hospitalizacji oraz liczba osób hospitalizowanych wg przyczyny udzielania świadczeń (MKChiPZ ICD-10)	ŚOW NFZ
18.		Liczba oddziałów dziennych oraz liczba miejsc w poszczególnych rodzajach oddziałów dziennych	ŚCMOZ
19.		Liczba osób, którym udzielono świadczeń w systemie leczenia jednego dnia w poszczególnych specjalności medycznych	ŚOW NFZ

20.		Liczba zabiegów wykonanych w leczeniu jednego dnia w poszczególnych specjalności medycznych	ŚOW NFZ
21.	<b>1.5</b> – Poprawa funkcjonowania systemu opieki psychiatrycznej zapewniającego opiekę bez oderwania chorego od jego rodzinnego środowiska, obejmującego leczenie i rehabilitację w systemie ambulatoryjnym, środowiskowym, dziennym oraz stacjonarnym całodobowym.	Liczba i wskaźnik psychiatrycznych łóżek ogółem w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej na 10 tys. ludności (łącznie w szpitalach psychiatrycznych i szpitalach ogólnych)	ŚCMOZ IPiN
22.		Liczba i wskaźnik psychiatrycznych łóżek w szpitalach psychiatrycznych na 10 tys. ludności	ŚCMOZ IPiN
23.		Liczba i wskaźnik psychiatrycznych łóżek w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności	ŚCMOZ GUS
24.		Wskaźnik średniego czasu leczenia oraz wykorzystania psychiatrycznych łóżek (w%) w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej (ogółem), szpitalach psychiatrycznych oraz szpitalach ogólnych	ŚCMOZ IPiN
25.		Liczba oddziałów dziennych w opiece psychiatrycznej oraz liczba miejsc w poszczególnych rodzajach oddziałów dziennych (psychiatrycznych, dla uzależnionych od alkoholu, dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, dla chorych z zaburzeniami nerwicowymi, dla dzieci)	IPiN
26.		Liczba zespołów leczenia środowiskowego	IPiN
27.		Liczba poradni: zdrowia psychicznego, odwykowych, profilaktyki leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych	IPiN
28.	<b>1.6</b> – Zapewnienie właściwej opieki osobom w terminalnej fazie choroby oraz w wieku podeszłym, w tym rozwój zakładów prowadzących opiekę długoterminową, pielęgnacyjno – opiekuńczą oraz paliatywno – hospicyjną.	Liczba zakładów długoterminowej stacjonarnej opieki zdrowotnej (wg rodzaju zakładu)	ŚCMOZ GUS
29.		Liczba i wskaźnik łóżek w zakładach długoterminowej stacjonarnej opieki zdrowotnej na 10 tys. ludności (wg rodzaju zakładu)	ŚCMOZ GUS
30.		Liczba i wskaźnik łóżek w opiece paliatywnej na 10 tys. ludności	ŚCMOZ
31.		Wskaźnik średniego czasu leczenia oraz wykorzystania łóżek (w%) w zakładach długoterminowej stacjonarnej opieki zdrowotnej	ŚCMOZ GUS
<b>Cel 2</b> - Zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego w sytuacjach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia.			
32.	<b>2.1</b> – Rozwój ratownictwa przedszpitalnego.	Liczba zespołów neonatologicznych „N”	CSIOZ - rejestr JRM
33.		Liczba zespołów ratownictwa medycznego „W”	CSIOZ - rejestr JRM
34.		Liczba zespołów ratownictwa medycznego „R”	CSIOZ - rejestr JRM
35.		Średni czas dojazdu zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia w mieście i poza aglomeracją miejską	ŚCMOZ
36.		Liczba wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego wg powiatów	ŚOW NFZ

37.	2.2 – Rozwój szpitalnych oddziałów ratunkowych.	Liczba szpitalnych oddziałów ratunkowych	CSIOZ - rejestr ZOZ
38.		Liczba szpitalnych oddziałów ratunkowych spełniających wymagania określone przepisami prawnymi	ŚCMOZ
<b>Cel 3 – Zwiększenie efektywności i jakości leczenia.</b>			
39.	3.1 – Modernizacja oraz racjonalny rozwój infrastruktury regionalnego systemu ochrony zdrowia zapewniający optymalizację zasobów i poprawę ich efektywność.	Liczba świadczeniodawców oraz liczba osób objętych przez nich opieką w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej wg powiatów i gmin	ŚOW NFZ
40.		Liczba udzielonych świadczeń oraz liczba oczekujących i rzeczywisty średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego w zakresie poszczególnych specjalności medycznych lecznictwa stacjonarnego	ŚOW NFZ
41.		Liczba udzielonych świadczeń oraz liczba oczekujących i rzeczywisty średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego w zakresie poszczególnych specjalności ambulatoryjnej opieki specjalistycznej	ŚOW NFZ
42.		Liczba zakładów opieki zdrowotnej spełniających wymagania określone przepisami prawnymi	ŚCMOZ
43.	3.2 - Zapewnienie dostępu do technologii medycznych o udowodnionej skuteczności i wysokiej efektywności.	Liczba wybranego sprzętu medycznego w szpitalach ogólnych (analizator biochemiczny, gammakamera, litotrypter, akcelerator liniowy, aparat RTG z torem wizyjnym, tomograf komputerowy, rezonans magnetyczny)	CSIOZ
44.		Liczba pracowni radiologii w szpitalach ogólnych (rentgenodiagnostyki, ultrasonografii, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego)	CSIOZ
45.		Liczba pracowni diagnostycznych w szpitalach ogólnych (diagnostyki laboratoryjnej, bakteriologii, wirusologii)	CSIOZ
46.		Liczba pracowni badań czynnościowych w szpitalach ogólnych (echokardiografii, elektroencefalografii, elektromiografii)	CSIOZ
47.	3.3 - Rozwój programów oceny jakości w zakładach opieki zdrowotnej.	Liczba zakładów posiadających akredytację CMJ oraz ISO	CMJ, ŚCMOZ
<b>Cel 4 – Poprawa sytuacji zdrowotnej w zakresie chorób stanowiących istotne problemy zdrowotne mieszkańców województwa.</b>			
48.	4.1 – Modernizacja oraz rozwój infrastruktury usprawniającej wczesną diagnostykę i czynną opiekę nad osobami z chorobami nowotworowymi.	Liczba świadczeniodawców w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz lecznictwa stacjonarnego wg powiatów	ŚOW NFZ
49.		Liczba hospitalizacji oraz liczba osób hospitalizowanych z powodów chorób nowotworowych	ŚOW NFZ
50.		Liczba programów zdrowotnych oraz liczba osób objętych każdym programem	ŚOW NFZ

51.		Liczba placówek realizujących poszczególne programy zdrowotne wg powiatów	ŚOW NFZ
52.		Liczba i wskaźnik zgonów na 100 tys. ludności z powodu chorób nowotworowych	ŚCMOZ GUS
53.	4.2 – Modernizacja oraz rozwój infrastruktury usprawniającej wczesną diagnostykę i czynną opiekę nad osobami z chorobami układu krążenia.	Liczba świadczeniodawców w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia stacjonarnego wg powiatów	ŚOW NFZ
54.		Liczba hospitalizacji oraz liczba osób hospitalizowanych z powodów chorób układu krążenia	ŚOW NFZ
55.		Liczba programów zdrowotnych oraz liczba osób objętych każdym programem	ŚOW NFZ
56.		Liczba placówek realizujących poszczególne programy zdrowotne wg powiatów	ŚOW NFZ
57.		Liczba i wskaźnik zgonów na 100 tys. ludności z powodu chorób krążenia	ŚCMOZ GUS
58.		4.3 – Modernizacja oraz rozwój infrastruktury usprawniającej wczesną diagnostykę i czynną opiekę nad osobami z chorobami układu oddechowego.	Liczba świadczeniodawców w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia stacjonarnego wg powiatów
59.	Liczba hospitalizacji oraz liczba osób hospitalizowanych z powodów chorób układu oddechowego		ŚOW NFZ
60.	Liczba programów zdrowotnych oraz liczba osób objętych każdym programem		ŚOW NFZ
61.	Liczba placówek realizujących poszczególne programy zdrowotne wg powiatów		ŚOW NFZ
62.	Liczba i wskaźnik zgonów na 100 tys. ludności z powodu chorób oddechowego		ŚCMOZ GUS
<b>Cel 5 – Wzmocnienie uczestnictwa mieszkańców w działaniach prozdrowotnych.</b>			
63.	5.1 – Rozwój programów zwiększających dostępność mieszkańców do fachowej wiedzy medycznej oraz usług medycznych świadczonych drogą elektroniczną.	Liczba programów oraz liczba osób korzystających z każdego programu	ŚOW NFZ Sam.Ter
64.		Liczba instytucji realizujących poszczególne programy wg powiatów	ŚOW NFZ Sam.Ter
65.	5.2 – Rozwój programów promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej zwiększających odpowiedzialność mieszkańców za własne zdrowie (nie ujętych w Celach 1 – 4).	Liczba programów zdrowotnych oraz liczba osób objętych każdym programem	ŚOW NFZ Sam.Ter
66.		Liczba placówek realizujących poszczególne programy zdrowotne wg powiatów	ŚOW NFZ Sam.Ter

Za monitorowanie realizacji Programu odpowiedzialny będzie Departament właściwy do spraw zdrowia. Roczne raporty, umożliwiające ocenę stopnia osiągnięcia przyjętych celów, przedkładane będą Sejmikowi Województwa Świętokrzyskiego. Ewaluacja Programu oparta zostanie na bazie przyjętych wskaźników oraz danych dotyczących projektów realizowanych głównie w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2007 – 2013 i Krajowych Programów Operacyjnych. Instytucjami

współpracującymi przy opracowaniu raportów będą Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach, Świętokrzyskie Centrum Monitorowania Ochrony Zdrowia w Kielcach oraz samorzady terytorialne.

## **6. Realizacja i finansowanie**

Regionalny Program Rozwoju i Restrukturyzacji Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Świętokrzyskiego do 2013 roku realizowany będzie przy współpracy wszystkich podmiotów kształtujących politykę zdrowotną w województwie, a w szczególności przez samorzady terytorialne, które zgodnie z obowiązującymi ustawami:

- ✓ o samorządzie gminnym, o samorządzie powiatowym, o samorządzie województwa - realizują zadania własne w zakresie ochrony zdrowia,
- ✓ o zakładach opieki zdrowotnej - są organami założycielskimi publicznych jednostek systemu ochrony zdrowia,
- ✓ o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – odpowiadają za tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia zapewniającego równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej.

Działania związane z wyposażeniem w sprzęt medyczny, modernizacją oraz racjonalnym rozwojem istniejącej infrastruktury regionalnego systemu ochrony zdrowia, które umożliwią osiągnięcie celów Programu, wdrażane będą głównie poprzez:

- 1.** Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2007 – 2013,
- 2.** Krajowe Programy Operacyjne służące realizacji Narodowych Strategicznych Ram Odniesienia 2007 – 2013: Infrastruktura i Środowisko, Innowacyjna Gospodarka, Kapitał Ludzki,
- 3.** Program Operacyjny Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Norweskiego Mechanizmu Finansowego,
- 4.** Szwajcarsko – Polski Program Współpracy.

Działania realizowane w ramach poszczególnych Programów finansowane będą ze źródeł krajowych i zewnętrznych. Głównym źródłem pochodzenia środków krajowych będą budżety samorządów terytorialnych oraz zakładów opieki zdrowotnej. Natomiast środków zewnętrznych fundusze strukturalne Unii Europejskiej, w tym w szczególności środki:

- ✓ Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2007 – 2013 oraz Programów Operacyjnych Infrastruktura i Środowisko i Innowacyjna Gospodarka,

- ✓ Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki - w zakresie opracowania i wdrażania programów profilaktycznych ukierunkowanych na redukcję występowania chorób zawodowych oraz programów wspierających powrót do pracy określonych grup pracowników ze stwierdzonymi chorobami zawodowymi, rozwój systemów certyfikacji i akredytacji w jednostkach służby zdrowia.

Zasady wyboru, zarządzania i kontroli projektów oraz poziom dofinansowania środkami pochodzącymi z funduszy strukturalnych określone zostaną w poszczególnych Programach Operacyjnych.

### **Konsultacje Społeczne RPR ZOZ WŚ do 2013 roku**

Zgodnie z harmonogramem opracowania aktualizacji Regionalnego Programu Restrukturyzacji Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Świętokrzyskiego oraz Uchwałą Nr 1794/06 Zarządu Województwa Świętokrzyskiego z dnia 22 listopada 2006r. w sprawie przyjęcia Wstępnego Projektu RPR ZOZ WŚ do 2013 roku wstępny projekt Programu przekazany został w listopadzie 2006 roku do oceny Wojewodzie Świętokrzyskiemu, Świętokrzyskiemu Oddziałowi Wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia, organizacjom pracodawców zakładów opieki zdrowotnej, Świętokrzyskiej Izbie Lekarskiej, Świętokrzyskiej Izbie Pielęgniarek i Położnych, Stowarzyszeniu Związku Miast i Gmin Regionu Świętokrzyskiego, Konwentowi Starostów Województwa Świętokrzyskiego, Prezydentowi Miasta Kielce oraz samorządom powiatowym z jednoczesną prośbą o przekazanie samorządom gminnym mającym swoją siedzibę na terenie danego powiatu. Dokument udostępniony został również na stronie internetowej samorządu województwa w zakładce BIP/Polityka Samorządu/Departament Zdrowia i Polityki Społecznej/Regionalny Program Restrukturyzacji Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Świętokrzyskiego. W rezultacie prowadzonych konsultacji otrzymano szereg uwag stanowiący podstawę dalszych prac oraz wpływających na ostateczny kształt Programu.

## Spis Tabel

Tabela 1 Średnia liczba ubezpieczonych objętych opieką 1 lekarza POZ w województwie świętokrzyskim w latach 2004 - 2006 wg powiatów .....	9
Tabela 2 Liczba świadczeniodawców realizujących opiekę domową w ramach zadań pielęgniarstwa POZ w województwie świętokrzyskim w latach 2002 - 2006 wg powiatów 11	11
Tabela 3 Liczba świadczeniodawców realizujących opiekę domową w ramach zadań położnej POZ w województwie świętokrzyskim w latach 2002 - 2006 wg powiatów.....	11
Tabela 4 Koszty świadczeń opieki domowej kontraktowanej w ramach opieki długoterminowej w województwie świętokrzyskim w latach 2002 - 2006 wg powiatów 12	12
Tabela 5 Koszty świadczeń opieki domowej kontraktowanej w ramach rehabilitacji leczniczej w województwie świętokrzyskim w latach 2002 - 2004 wg powiatów .....	12
Tabela 6 Liczba punktów zakontraktowanych miesięcznie w zakresie leczenia stomatologicznego na 10 tys mieszkańców województwa świętokrzyskiego w latach 2002 - 2006.....	14
Tabela 7 Liczba punktów zakontraktowanych miesięcznie w zakresie leczenia stomatologicznego na 10 tys mieszkańców województwa świętokrzyskiego w latach 2004 - 2006.....	15
Tabela 8 Struktura poradni specjalistycznych, które powinny być dostępne na terenie powiatów województwa świętokrzyskiego w 2005 roku .....	17
Tabela 9 Struktura poradni specjalistycznych, które powinny być dostępne na terenie województwa świętokrzyskiego w 2005 roku.....	18
Tabela 10 Wskaźniki oraz struktura łóżek w województwie świętokrzyskim w latach 2002 i 2005 .....	22
Tabela 11 Struktura łóżek stacjonarnej opieki krótkoterminowej w województwie świętokrzyskim w latach 2002 i 2005 .....	23
Tabela 12 Wskaźniki działalności stacjonarnej opieki krótkoterminowej w województwie świętokrzyskim w latach 2002 i 2005 .....	24
Tabela 13 Struktura łóżek stacjonarnej opieki długoterminowej w województwie świętokrzyskim w latach 2002 i 2005 .....	26
Tabela 14 Wskaźniki działalności stacjonarnej opieki długoterminowej w województwie świętokrzyskim w latach 2002 i 2005 .....	26
Tabela 15 Struktura łóżek stacjonarnej opieki psychiatrycznej w województwie świętokrzyskim w latach 2002 i 2005 .....	27
Tabela 16 Wskaźniki działalności stacjonarnej opieki psychiatrycznej w województwie świętokrzyskim w latach 2002 i 2005 .....	28
Tabela 17 Porównanie rzeczywistej struktury łóżek opieki krótkoterminowej ujętej w „sieci szpitali” z optymalną liczbą łóżek dla województwa świętokrzyskiego.....	30
Tabela 18 Porównanie rzeczywistej struktury łóżek opieki psychiatrycznej z optymalną liczbą łóżek dla województwa świętokrzyskiego .....	31
Tabela 19 Zbiorcze porównanie rzeczywistej struktury łóżek z optymalną liczbą łóżek dla województwa świętokrzyskiego .....	32



**Załącznik Nr 2 do  
Uchwały Nr 950/08 Zarządu Województwa Świętokrzyskiego**

**Zestawienie uwag do Wstępnego Projektu Regionalnego Programu Restrukturyzacji Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Świętokrzyskiego do 2013, przyjętego Uchwałą Nr 1794/06 Zarządu Województwa Świętokrzyskiego z dnia 22 listopada 2006 roku**

<b>l.p.</b>	<b>podmiot zgłaszający</b>	<b>element Programu</b>	<b>uwagi</b>	<b>wyjaśnienie</b>	<b>podjęte działania</b>
1.	Departament Zdrowia i Polityki Społecznej UM WŚ	Diagnoza (1.1; 1.2; 1.3)	aktualizacja danych	wprowadzone zmiany wynikały z terminu opublikowania oraz przekazania danych za 2006 rok	dokonano aktualizacji danych według stanu w dniu 31.12.2006r.
2.	Departament Zdrowia i Polityki Społecznej UM WŚ	Diagnoza (1.4.5;1.4.6)	dodanie rozdziału 1.4.6	wprowadzone zmiany wynikały z przyjęcia metodologii zmiany liczby łóżek wskazanej przez PZH w materiale „Wskaźniki do projektu tworzenia sieci szpitali z elementami analizy sytuacji demograficznej i stanu zdrowia ludności” oraz terminu opublikowania przez MZ projektu aktów prawnych dotyczących utworzenia sieci szpitali oraz Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego	dokonano streszczenia informacji dotyczącej leczenia stacjonarnego w latach 2003 – 2005 oraz uzupełniono diagnozę o podrozdział zawierający porównanie rzeczywistej liczby łóżek w 2006 roku z planowaną optymalną liczbą łóżek dla województwa świętokrzyskiego
3.	Departament Zdrowia i Polityki Społecznej UM WŚ	Podsumowanie realizacji RPR ZOZ WŚ na lata 2003-2005 (2)	dodanie rozdział 2.2	wprowadzone zmiany wynikały z terminu zebrania informacji dotyczących realizowanych zadań i źródeł ich finansowania	uzupełniono rozdział o część dotyczącą finansowania zadań realizowanych w ramach Programu w latach 2003-2005 oraz 2006r.
4.	Departament Zdrowia i Polityki Społecznej UM WŚ	Cel 3 zwiększenie efektywności i jakości leczenia (4.2.3)	aktualizacja danych	wprowadzone zmiany wynikały z terminu opublikowania przez CSI OZ Biuletynu Statystycznego MZ	dokonano aktualizacji danych statystycznych dotyczących sprzętu medycznego oraz pracowni badań czynnościowych w szpitalach ogólnych
5.	Departament Zdrowia i Polityki Społecznej UM WŚ	Konsultacje społeczne	dodanie informacji o konsultacjach społecznych	x	uzupełniono projekt Programu o informację dotyczącą konsultacji społecznych

6.	Urząd Gminy Skarżysko Kościelne	Cel 3 zwiększenie efektywności i jakości leczenia (4.2.3)	uwzględnienie konieczności dostosowania pomieszczeń i urządzeń zoz do wymagań określonych w rozporządzeniu MZ z dnia 10 listopada 2006r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zoz (opieki zamkniętej do 31.12.2012r.; inne niż opieki zamkniętej do 31.12.2008r.) - szczególnie małych większych ośrodków realizujących priorytet wyrównywania szans i zacierania różnic pomiędzy mieszkańcami miast i wsi	x	uszczegółowiono zapis dotyczący uzasadnienia wyboru celu 4 w części dotyczącej terminów dostosowania zoz do wymogów rozporządzenia
7.	Starostwo Powiatowe w Skarżysku Kamiennej	Lecznictwo Stacjonarne (1.4.5)	projekt Programu nie zawiera szczegółowych zapisów dotyczących sposobów realizacji poszczególnych celów oraz oczekiwanych efektów tj. docelowej rekomendowanej ilości łóżek szpitalnych w poszczególnych oddziałach, czasu pobytu, obłożenia, efektów programów zdrowotnych	wstępny Projekt Programu zawierał opis propozycji obliczenia optymalnej liczby łóżek do 2013r., który nie wskazywał jednak docelowej ich liczby z uwagi na zapowiadaną przez Ministerstwo Zdrowia publikację materiałów dotyczących projektu utworzenia sieci szpitali. Prowadzone konsultacje miały między innymi odpowiedzieć na pytanie czy liczba łóżek powinna zostać obliczona według proponowanej metodologii czy też należy przyjąć inną podstawę obliczenia ich liczby. W grudniu 2006r. MZ opublikowało materiały dotyczące "sieci szpitali". Uwagi zgłoszone w trakcie konsultacji nie dały podstaw do przyjęcia metodologii wskazanej we Wstępnym Projekcie Programu.	uzupełniono diagnozę o podrozdział 1.4.6 zawierający porównanie rzeczywistej liczby łóżek w 2006 roku z planowaną optymalną liczbą łóżek dla województwa świętokrzyskiego, przyjętą w materiale opracowanym przez PZH - „Wskaźniki do projektu tworzenia sieci szpitali z elementami analizy sytuacji demograficznej i stanu zdrowia ludności” oraz opublikowanym na jego podstawie projekcie rozporządzenia MZ w sprawie optymalnej liczby łóżek

8.	Starostwo Powiatowe w Skarżysku Kamiennej	Realizacja i Finansowanie (6)	zakłady opieki zdrowotnej oczekują wpisania konkretnych projektów do Programu np. "Modernizacja i rozbudowa szpitala powiatowego w Skarżysku Kamiennej"	Regionalny Program Restrukturyzacji ZOZ WŚ do 2013 roku wyznacza cele i kierunki rozwoju regionalnego systemu ochrony zdrowia. Na jego realizację nie ma przeznaczonych wyodrębnionych środków finansowych. Z tego względu Program nie może dokonywać wyboru zadań, których realizacja będzie finansowana w ramach innych Programów, realizowanych w oparciu o obowiązujące uregulowania prawne, w tym ustawę z dnia 6 grudnia 2005r o zasadach prowadzenia polityki rozwoju. W rozdziale "Realizacja i Finansowanie (6)" wskazano główne źródła finansowania.	x
9.	Starostwo Powiatowe w Skarżysku Kamiennej	Realizacja i Finansowanie (6)	nie ma wskazania jaki sprzęt medyczny w pierwszej kolejności powinien być zakupywany przez zakłady opieki zdrowotnej	sprzęt służący realizacji poszczególnych celów operacyjnych Programu (rozdział 4), spełniający wymagania określone w obowiązujących przepisach oraz zapewniający dostęp do technologii medycznych o udowodnionej skuteczności i wysokiej efektywności (cel operacyjny 3.2).	x

10.	Starostwo Powiatowe w Skarżysku Kamiennej	Realizacja i Finansowanie (6)	<p>stwierdzenie, że zasady wyboru, zarządzania i kontroli projektów oraz poziom dofinansowania środkami pochodzącymi z funduszy strukturalnych określone zostaną w poszczególnych Programach Operacyjnych, wymaga dodatkowych informacji w postaci:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. przeglądu istniejących zoz w zakresie warunków i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, ich koncentracji i kompleksowości,</li> <li>2. przeprowadzenie rankingu zoz-ów w celu ich właściwego finansowania,</li> <li>3. ustalenia zadań priorytetowych, niezbędnych do realizacji w pierwszych latach realizacji Programu</li> </ol>	<p><b>I</b> - zgłoszona uwaga nie zawierała kryteriów przeprowadzenia rankingu zakładów opieki zdrowotnej działających w regionalnym systemie ochrony zdrowia.; <b>II</b> - w chwili obecnej ocenę spełnienia określonych warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej prowadzi NFZ w trakcie procedury zawierania umów; świadczą o niej również posiadane przez zakłady certyfikaty akredytacyjne CMJ oraz ISO.</p>	<p>uzupełniono analizę SWOT (3) - zagrożenia o pozycje 6 i 7 dotyczące finansowania świadczeń</p>
11.	Starostwo Powiatowe w Opatowie	Cel 3 zwiększenie efektywności i jakości leczenia (4.2.3)	<p>wpisanie projektu "Rozszerzenie zakresu i podniesienie jakości usług Ośrodka Zdrowia w Baćkowicach poprzez zakup sprzętu medycznego do badań diagnostycznych (aparat USG, defibrylator powszechnego użytku, elektrokardiograf, spirometr, analizator krwi, analizator paskowy moczu) oraz rozwój w zakresie poszczególnych specjalności ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (poradnie: okulistyczna, ginekologiczna, otolaryngologiczna, neurologiczna, rehabilitacja leczenia, apteka)"</p>	<p>jak pkt. 8</p>	<p>x</p>

12.	Starostwo Powiatowe w Opatowie	Cel 1 zapewnienie świadczeń .. (4.2.1)	wpisanie zmniejszenia czasu oczekiwania osób skierowanych postanowieniem sądowym na przymusowe leczenie odwykowe	uwaga zawiera się w realizacji celu operacyjnego 1.5 - poprawa funkcjonowania systemu opieki psychiatrycznej	x
13.	Starostwo Powiatowe w Ostrowcu Świętokrzyskim	Cel 1 zapewnienie świadczeń .. (4.2.1); Cel 2 zapewnienie bezp. .. (4.2.2); Cel 4 poprawa ... (4.2.4)	wpisanie do Programu 16 projektów wskazanych do realizacji w Zespole Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim wraz z podaniem prognozy nakładów w latach 2007 - 2013 w łącznej wysokości 90 000 000 zł.	jak pkt. 8	x
14.	Starostwo Powiatowe w Ostrowcu Świętokrzyskim	Cel operacyjny 1.2 poprawa opieki medycznej nad dziećmi i młodzieżą (4.2.1)	zwiększenie liczby punktów w zakresie stomatologii na świadczenia podstawowe dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia; brak gabinetów stomatologicznych w placówkach nauczania i wychowania; wprowadzenie doraźnej pomocy stomatologicznej na terenie powiatu	x	uzupełniono wskaźniki monitorowania realizacji celów (5), w części dotyczącej celu 1.2, o wskaźnik "liczba czynnych gabinetów stomatologicznych w placówkach nauczania i wychowania" - źródło danych - ŚOW NFZ
15.	Starostwo Powiatowe w Ostrowcu Świętokrzyskim	Cel operacyjny 1.2 poprawa opieki medycznej nad dziećmi i młodzieżą (4.2.1)	konieczne jest zwiększenie finansowania świadczeń podstawowych dla dzieci i młodzieży przez Narodowy Fundusz Zdrowia	x	jak pkt. 10
16.	Starostwo Powiatowe w Kielcach	Lecznictwo Stacjonarne (1.4.5)	zbyt ogólnie została przedstawiona część programowa związana z restrukturyzacją zakładów opieki zdrowotnej do 2013 roku. Sugerujemy bardziej uszczegółwić tą część dokumentu, biorąc również pod uwagę przygotowane przez Ministra Zdrowia propozycje rozwiązań systemowych	jak pkt. 7	jak pkt. 7

17.	Świętokrzyskie Centrum Monitorowania Ochrony Zdrowia w Kielcach	Wstępny Projekt Programu	uwagi poszczególnych Konsultantów Wojewódzkich sporządzone na podstawie raportów za 2006 rok	złożone przez ŚCMOZ uwagi stanowią załącznik do tabeli	x
-----	-----------------------------------------------------------------	--------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------	---

Pozycja 18 – Uwagi, złożone przez Świętokrzyskie Centrum Monitorowania Ochrony Zdrowia w Kielcach, do wstępnego projektu „Regionalnego programu restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej województwa świętokrzyskiego do 2013 roku”, sporządzone na podstawie raportów rocznych Konsultantów Wojewódzkich za rok 2006.

#### 1. Lek. med. Grażyna Ogonowska – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie audiologii i foniatrii

- Należy dążyć do utworzenia w województwie świętokrzyskim centrum diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjnego dla osób z zaburzeniami słuchu, głosu i mowy.

Taki ośrodek spełniałby wymogi diagnostyki pedoaudiologicznej, protezowania narządu słuchu niemowląt i dzieci do lat trzech. Utworzenia dla nich banku aparatów słuchowych, rehabilitacji logopedycznej prowadzonej metodą werbalną, tak ważną od wieku niemowlęcego, przy wykrytym niedosłuchu oraz sprawowania opieki psychologicznej. W ośrodku tym, powinny być stosowane nowoczesne metody leczenia szumów usznych i nadwrażliwości na dźwięki, diagnostyki zaburzeń równowagi oraz leczenia i rehabilitacji zawrotów głowy. W wizytowanej Poradni Foniatrycznej - Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Kielcach, ul. Artwińskiego 3a, brak jest wysoko specjalistycznych urządzeń do wykonywania badań obiektywnych narządu słuchu: otoemisji i słuchowych potencjałów wywołanych pnia mózgu, mikroskopów diagnostycznych, videootoskopów oraz videostroboskopu w poradni foniatrycznej do obiektywnego badania narządu głosu kratani. Uniemożliwia to prowadzenie szczegółowej diagnostyki audiologicznej i foniatrycznej. Poradnie bez tego wyposażenia świadczą usługi medyczne laryngologiczne, a nie audiologiczne czy foniatryczne.

#### 2. Lek. dent. Joanna Zemlik – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie stomatologii dziecięcej

- W celu poprawy sytuacji w stomatologii dziecięcej na terenie województwa świętokrzyskiego należy stworzyć długofalowe programy profilaktyki schorzeń jamy ustnej dla poszczególnych grup wiekowych, charakteryzujących się określonymi cechami uzębienia:
  - od 0-6 roku dla dzieci z pełnym uzębieniem mlecznym,
  - od 7-12 roku życia dla dzieci z uzębieniem mieszanym,
  - 13-18 roku życia dla młodzieży z pełnym uzębieniem stałym.

W programie należy uwzględnić profilaktykę i leczenie próchnicy, profilaktykę nabytych wad zgryzu, zapobieganie urazom zębów mlecznych i stałych, zapobieganie chorobom błon śluzowych i przyzębia w wieku rozwojowym, zasady udzielania pierwszej pomocy w urazach zębów mlecznych i stałych, edukację prozdrowotną (dorośli i dzieci). Próchnica jest chorobą społeczną i działania na rzecz poprawy sytuacji zdrowotnej jamy ustnej należy traktować priorytetowo.

- Zaktywować do działań na rzecz poprawy świadomości prozdrowotnej wszystkie jednostki terytorialne odpowiedzialne za realizację zadań profilaktycznych oraz media do włączenia się w realizację programu na rzecz poprawy stanu zdrowia jamy ustnej Polaków, a także pozyskać źródło finansowania tego przedsięwzięcia.
- Zmotywować gminy do stworzenia autorskich programów profilaktyki próchnicy na wzór programu prowadzonego przez Urząd Miasta Kielce.

Zadbać należy o prawidłowy nadzór nad realizacją. Program realizowany konsekwentnie przez 4-5 lat począwszy od dzieci najmłodszych daje wymierne efekty w postaci spadku wskaźników próchnicy. Należy wykorzystać wszystkie możliwości pomocy w utworzeniu placówki akredytowanej do prowadzenia staży specjalizacyjnych na terenie województwa świętokrzyskiego.

### 3. Prof. dr hab. Kazimierz Sułek – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie hematologii

- Istnieje pilna potrzeba rozszerzenia Oddziału i Poradni Hematologicznej w Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach i utworzenia „Ośrodka Intensywnej Chemioterapii i Opieki Hematologicznej”.

Drugim czynnikiem, który mógłby przyczynić się do poprawy sytuacji, byłoby ubieganie się przez niektóre oddziały wewnętrzne na terenie województwa o przyznanie zgody na świadczenia usług z zakresu hematologii na I poziomie referencyjności.

### 4. Prof. zw. dr hab. n. med. Stanisław Głuszek – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chirurgii ogólnej

- Konieczność organizacji chirurgii naczyń – utworzenie pododdziału lub tzw. łóżek w ramach istniejącego Oddziału w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach.

Baza diagnostyczna jest bardzo dobra, a więc zaplecze dla rozwoju chirurgii naczyń istnieje.

- Praca na oddziałach chirurgicznych przebiega w warunkach niedofinansowania, braku sprzętu endoskopowego, braku środków na zakup odpowiedniego wyposażenia bloków operacyjnych (nici, narzędzia, staplery, laparaskopy). W większości oddziałów tory wizyjne używane do laparoskopii są przestarzałe i wymagają wymiany, a więc konieczne są nakłady inwestycyjne w granicach 300.000 PLN. Niedobór podstawowego sprzętu endoskopowego (gastroskop, kolonoskop) mają oddziały chirurgii w Busku, Włoszczowie, Pińczowie, Skarżysku-Kam., Jędrzejowie, NZOZ Szpitalu Kieleckim. Niedostatecznie należy ocenić ambulatoryjną bazę diagnostyczną (rektoskopia, kolonoskopia, usg jamy brzusznej, wlew kontrastowy), połączoną z poradniami chirurgicznymi, co zmusza do przeprowadzania procesu diagnostycznego na oddziałach chirurgii.
- Zaniżona jest nadal wycena procedur chirurgicznych, o około 20-40 %. Trzeba wyeksponować następujący problem: tego typu refundacja stwarza problemy finansowe oddziałów chirurgicznych, uniemożliwia odpowiednio jakościowe zabezpieczenie procesu diagnostycznego.

### 5. Lek. med. Adam Rutkiewicz – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny sądowej

- Należy podjąć działania na rzecz stworzenia skoordynowanej służby sądowno - lekarskiej i uzyskania źródła jej finansowania, niezależnego od wpływów uzyskiwanych od zleciodawców ekspertyz i opinii.

Poszukując możliwości uzyskania poprawy w zakresie obsługi sądowo-lekarskiej w województwie świętokrzyskim, jak pokazuje praktyka ostatnich około 10 lat, środki pieniężne uzyskiwane w ramach zapłaty za przedmiotowe świadczenia, żadną miarą nie wystarczają na zapewnienie medycynie sądowej stosownych standardów.

**6. Mgr farm. Elżbieta Kałużna-Cebula – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie farmacji szpitalnej**

- Zorganizować w szpitalach prowadzących leczenie onkologiczne - centralne pracownie przygotowania cytostatyków.

Apteka szpitalna powinna pełnić rolę komórki organizacyjnej o wyjątkowym, priorytetowym znaczeniu dla funkcjonowania każdego zakładu opieki zdrowotnej (polityka lekowa).

**7. Lek. med. Marek Werens - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie rehabilitacji medycznej**

- Należy utworzyć oddziały rehabilitacji w szpitalach w Ostrowcu Świętokrzyskim i w Opatowie.

Ze względu na niedobór łóżek rehabilitacyjnych i występujące w związku z tym, długie kolejki oczekujących pacjentów na hospitalizację, poprawiłoby to znacznie obecną sytuację pacjentów w tej dziedzinie.

**8. Dr n. med. Dariusz Węgrzyn – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii**

- Należy kontynuować działania zmierzające do zwiększania zgłaszalności przez lekarzy, potencjalnych dawców narządów oraz działania edukacyjne na temat przeszczepów wśród społeczeństwa.

**9. Dr n. med. Jacek Sygut – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie patomorfologii**

- Istnieje pilna konieczność uzupełnienia bazy sprzętowej w Zakładzie Patomorfologii w SPZZOZ w Sandomierzu.

**10. Prof. dr. hab. Wiesław Urbanowicz – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie urologii dziecięcej**

- Należy podjąć starania o utworzenie pododdziału Urologii Dziecięcej w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym w Kielcach.
- Najbardziej konieczny jest zakup cystourethroskopów dziecięcych w celu doposażenia oddziału.

**11. Lek. med. Jerzy Rogala – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie seksuologii**

- Istnieje konieczność zwiększenia ilości publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, udzielających świadczeń w dziedzinie seksuologii.

**12. Dr. n. med. Mieczysław Szalecki – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pediatrii**

- Biorąc pod uwagę średnie roczne obłożenie w oddziałach pediatrycznych wynoszące ok. 50 %, należy dążyć do zmniejszenia ilości oddziałów, przy zachowaniu większej liczby łóżek w poszczególnym oddziale.
- Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Kielcach wymaga inwestycji w nowy sprzęt oraz poprawy warunków lokalowych.



- Należy kontynuować rozpoczętą dobrą inicjatywę zakontraktowania przy szpitalach rejonowych Poradni Konsultacyjnych, umożliwiającym ambulatoryjne kontynuowanie opieki nad hospitalizowanymi dziećmi.
- Niewskazane są próby łączenia Oddziałów Pediatrycznych i Noworodkowych.
- Nadal brakuje łóżek o profilu neurologiczno-rehabilitacyjnym i wydzielonych stanowisk dializ dla dzieci.
- Konieczne jest przywrócenie opieki zdrowotnej na dziećmi przynajmniej do 16 r. ż.(tj. do momentu ukończenia gimnazjum) – sprawowanej przez pediatrów lub lekarzy rodzinnych po podstawowej specjalizacji z pediatrii.

#### **13. Mgr Marzena Pyk – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego**

- Wskazana jest potrzeba organizacji w ośrodkach onkologicznych Centralnych Pracowni Cytostatyków, stanowiących integralną część Apteki Szpitalnej i obsługiwanych przez farmaceutów. Wymagane jest przeprowadzenie prac remontowych i wyodrębnienie stref o określonym poziomie czystości mikrobiologicznej.

#### **14. Dr n. med. Krzysztof Bidas – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie nefrologii**

- Należy rozszerzyć techniki leczenia nerkozastępczego o hemodiafiltrację i techniki ciągłe.
- Doposażyć ośrodki dializ w nowe aparaty sztucznej nerki.
- Rozwiązać problem transportu chorych na hemodializy (są ośrodki dowożące chorych na odległość ponad 90 km).

#### **15. Mgr Danuta Glanda – konsultant wojewódzki w dziedzinie psychologii klinicznej i lek. med. Teresa Tymińska – Tkacz – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie psychiatrii**

- W województwie świętokrzyskim nie ma zakładu, który zajmuje się leczeniem pacjentów młodzieżowych oraz pomocą terapeutyczną dla ich rodzin. Projekt utworzenia młodzieżowego oddziału psychiatrycznego, przy lawinowym wzroście uzależnień i związanych z tym zagrożeń jest zadaniem priorytetowym.

#### **16. Dr Wojciech Kiebzak – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie fizjoterapii**

- Zagrożeniem dla sprawnego działania placówek, może być bardzo niska wartość za punkt kontraktowy oferowana przez NFZ, stanowiąca ok. 50 % wartości kontraktowanej w pozostałych województwach, nie zmieniająca się pomimo interwencji.

#### **17. Lek. med. Marek Tombarkiewicz – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny ratunkowej**

- Brak nadzoru merytorycznego ordynatorów oddziałów ratunkowych nad pracą lekarzy karetek.
- Konieczność włączenia zespołów wyjazdowych ratownictwa medycznego w struktury SOR
- Konieczność kontynuowania budowy Szpitala Powiatowego w Starachowicach, w związku z potrzebą przeniesienia Szpitalnego Oddziału Ratunkowego do nowych, spełniających wymogi pomieszczeń.
- Niedostateczne wyposażenie w sprzęt medyczny Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych.

**18. Dr n. med. Janusz Siedlecki – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chorób wewnętrznych**

- Zmniejszona liczba łóżek w oddziałach chorób wewnętrznych przy stale wzrastającej liczbie hospitalizowanych i przewidywanych zmianach demograficznych, pogarsza warunki w jakich leczeni są chorzy (nadmierne zagęszczenie łóżkowe w salach, hospitalizowani na korytarzach na dostawkach).
- Źle skonstruowany katalog świadczeń: brak znacznej liczby jednostek chorobowych, które są przyczyną hospitalizacji w oddziałach wewnętrznych oraz zła wycena świadczeń.
- Dokonywanie restrukturyzacji (zmiana profilu), bez uzyskania opinii specjalisty wojewódzkiego.

**19. Lek. med. Anna Kondała – Chojnacka – Konsultant wojewódzki w dziedzinie neonatologii**

- Brak możliwości zabezpieczenia skutecznego wsparcia oddechowego noworodkom z zaburzeniami funkcji oddechowych, na skutek niedoboru sprzętu.
- Dane odnośnie ilości łóżek wskazują na brak minimum 25 miejsc na patologii noworodka oraz stanowisk intensywnej terapii, co powoduje problemy głównie w zakresie leczenia wcześniaków urodzonych poniżej 30 tyg. ciąży.

**20. Dr n. med. Barbara Błaszczuk – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie neurologii**

- Konieczne jest poszerzenie bazy neurologicznej ze zwiększeniem ilości łóżek Intensywnego Nadzoru Medycznego i Neurorehabilitacji, zwiększenie miejsc dla przewlekle chorych oraz doposażenie Oddziałów w sprzęt, wzrasta ilość chorych neurologicznych leczonych szpitalnie, głównie z powodu udarów mózgu, m.in. ze względu na starzenie się społeczeństwa.

**21. Dr n. med. Bogumiła Kowalczyk-Sroka – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa**

- Ze względu na starzenie się społeczeństwa, występuje zwiększone zapotrzebowanie na profesjonalną opiekę pielęgniarstwa.
- Dużym problemem pozostaje brak wyposażenia pielęgniarstkich stanowisk pracy w sprzęt ułatwiający opiekę nad chorymi, zwłaszcza niepełnosprawnymi czy nieprzytomnymi.
- Niezbędne jest zwiększenie zatrudnienia pielęgniarek na stanowisku pielęgniarki epidemiologicznej, celem zapewnienia wysokiej jakości świadczonych usług, jak również zapewnienia profilaktyki zakażeń szpitalnych.
- Wzrasta zapotrzebowanie na usługi w zakresie opieki długoterminowej, obecny czas oczekiwania na miejsce w zakładzie wynosi od 3 do 6 miesięcy. Zbyt niskie stawki kontraktu z NFZ za usługi, mogą doprowadzić w konsekwencji do zaniedbań w opiece i likwidacji zakładów.
- Zasadny wydaje się rozwój zdecydowanie tańszej formy opieki nad osobami przewlekle chorymi, tj. domowej opieki długoterminowej. Należy podkreślić fakt, iż województwo świętokrzyskie jest jednym z dwóch województw w Polsce, gdzie domowa opieka długoterminowa nie jest kontraktowana przez NFZ.

**22. Mgr Dorota Tekiela – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego**

- Niezbędne jest powołanie komórki ds. nadzoru nad środowiskiem nauczania i wychowania, z etatowymi pracownikami, którzy będą mieli możliwość systematycznej kontroli realizacji zadań w tym zakresie w całym województwie.

**23. Dr n. med. Wojciech Gawroński – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny sportowej**

- Brak na terenie województwa lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny sportowej, co uniemożliwia przeprowadzanie badań u osób powyżej 21 roku życia

**24. Dr n. med. Stanisław Gózdź – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie onkologii klinicznej**

- Corocznie wzrastająca ilość zachorowań na choroby nowotworowe, a jednocześnie konieczność zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych na właściwym poziomie, winno skutkować zdecydowanie znacznym zwiększeniem nakładów i środków na świadczenia dla pacjentów onkologicznych.

**25. Lek. med. Stefan Podesek – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu**

- W chwili obecnej brakuje co najmniej 10 lekarzy dla zabezpieczenia funkcjonowania oddziałów na terenie województwa. Problemem jest niewielka liczba chętnych do podjęcia tej specjalizacji, emigracja, jak również odchodzenie lekarzy ze szpitali do leczenia ambulatoryjnego.
- Ilość zgłaszających się osób do poradni ortopedycznych przekracza możliwości ich przyjęcia, co wymusza wyznaczanie odległych terminów.
- Problemem do pilnego rozwiązania, jest w miarę szybkie zaopatrzenie pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych i kolanowych. Potrzeby w tych przypadkach są co najmniej dwukrotnie większe. Biorąc pod uwagę istniejącą kolejkę przez najbliższe 2-3 lata należałoby wykonywać co najmniej 2000 protezoplastyk biodra i kolana rocznie. Osoby ze schorzeniami układowymi jak np. reumatoidalne zapalenie stawów wymagają zaopatrzenia w protezy wielu stawów.
- Większość oczekujących osób powinna być zoperowana rok, dwa lata wcześniej, a nie za kilka lat. Jest to skutek wady systemu, gdy pacjenci są kierowani do ortopedy w okresach bardzo zaawansowanych zmian, gdzie operacja powinna być wykonana bez zwłoki. Przedłużanie okresu oczekiwania niesie za sobą szereg niekorzystnych konsekwencji zdrowotnych, społecznych i finansowych.
- Należy podjąć działania celem zwiększenia zainteresowania lekarzy, podjęciem specjalizacji w zakresie ortopedii i chirurgii narządów ruchu.
- Zwiększyć ilość oddziałów wykonujących protezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego oraz operacje artroskopowe.
- Preferować ze strony płatnika, stosowanie takich metod leczenia, które maksymalnie skracają czas hospitalizacji i okres powrotu do zdrowia.

**26. Prof. dr hab. n med. Jerzy Sadowski – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie kardiologii**

- Zadaniem priorytetowym Świętokrzyskiego Centrum Kardiologii jest w dalszym ciągu utworzenie Oddziału Kardiologicznego. Ze względu na brak takiego oddziału, pacjenci wymagający leczenia kardiologicznego zostali objęci opieką przez Klinikę Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii, Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum Instytutu Kardiologii w Krakowie.

- Według danych ŚCK w Kielcach, wykonano w tymże ośrodku około 4500 koronarografii. Według danych statystycznych Zakładu Hemodynamiki w Krakowie, około 15- 30 % pacjentów z ogólnej liczby wykonanych koronarografii, trafia do leczenia kardiochirurgicznego. Jak z tego wynika zapotrzebowanie na operacje kardiochirurgiczne jest dużo większe niż liczba wykonanych zabiegów.

**27. Prof. dr hab. n. med. Janusz Wendorff – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie neurologii dziecięcej**

- Pracownia TK (dobrze, aby była czynna także w godzinach popołudniowych i nocnych), w stałej współpracy z pracownią EMG dla dorosłych, zgodnie z wcześniejszymi zaleceniami konsultanta wojewódzkiego.

**28. Lek. med. Zdzisław Życiński – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie gastroenterologii**

- Konieczne jest stałe doposażanie placówek ochrony zdrowia w sprzęt endoskopowy oraz sprzęt do mycia i dezynfekcji endoskopów (zbyt wyeksploatowany).
- Należy odpowiednio dostosować bazę lokalową dla potrzeb Poradni Gastrologicznych i Pracowni Endoskopowych.

**29. Lek. med. Zdzisława Sitarz – Żelazna – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie transfuzjologii klinicznej**

- Realizacja zapotrzebowań szpitalnych na krew wynosi 60-80 %. Krew otrzymują pacjenci najbardziej potrzebujący, natomiast planowane zabiegi operacyjne, transfuzje u pacjentów bez zagrożenia życia są odraczone w czasie.
- W województwie świętokrzyskim zdecydowanie należy zwiększyć pobór krwi ze względu na planowanie uruchomienia kardiochirurgii.
- Utrzymanie odpowiedniej ilości pobieranej krwi, a co za tym idzie wystarczającej liczby leczniczych składników krwi, wymaga stałej ścisłej współpracy organów państwowych i samorządowych, zoz -ów, PCK, środków masowego przekazu z Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach w zakresie propagowania honorowego oddawania krwi oraz stworzeniu sprzyjających ku temu warunków.

**30. Dr n. med. Anna Turska – Kmieć – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie kardiologii dziecięcej**

- Ocena najpilniejszego zapotrzebowania na sprzęt i aparaturę medyczną zakładów opieki zdrowotnej, diagnozujących i leczących dzieci z chorobami układu krążenia w województwie świętokrzyskim: pulsoksymetr, aparatura EKG, rejestrator ABPM, monitor przyłóżkowy transportowy, aparatura do prób wysiłkowych, defibrylator-kardiowerter zewnętrzny, głowica kardiologiczna pediatryczna i noworodkowa.

**31. Dr hab. n. med. Marianna Janion – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie kardiologii**

- Nadal nie funkcjonuje Kardiologiczna Izba Przyjęć Świętokrzyskiego Centrum Kardiologii - Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach. Chorzy w stanach zagrożenia życia są przywożeni na ogólną izbę przyjęć szpitala, a stamtąd długimi korytarzami i dwoma windami do sali intensywnej terapii, co znacznie wydłuża czas niezbędny do ratowania życia.
- Wyposażenie Oddziału Kardiologii w Szpitalu w Starachowicach jest bardzo stare i mocno zużyte. Generalnie słabo wyposażone są oddziały w Ostrowcu Świętokrzyskim oraz w Sandomierzu.

- Średni czas oczekiwania na planowane badania wynosi 1-4 miesięcy. Tylko w przypadku stanów zagrożenia życia badania są wykonywane w trybie natychmiastowym.
- Ciągłe bardzo niepokojąco wygląda sytuacja niedostatecznego zatrudnienia pielęgniarek na oddziałach kardiologicznych. Trudności finansowe szpitali uniemożliwiają radykalną poprawę sytuacji w tym zakresie.
- W najbliższych latach część starszych lekarzy odejdzie na emerytury, może pojawić się problem braku 20-30 specjalistów kardiologów. Aby temu przeciwdziałać należy zwiększyć liczbę specjalizujących się w kardiologii.

### **32. Dr n. med. Małgorzata Jędrzejczak – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chorób płuc**

- Występuje znaczny niedobór (brakuje co najmniej 10 specjalistów), utrzymujący się od kilku lat, lekarzy specjalistów chorób płuc, zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej zajmujących się leczeniem gruźlicy i chorób płuc. Obserwuje się brak zainteresowania do podejmowania pracy w pulmonologii.
- W województwie realizowane są dwa programy profilaktyczne: Wczesnego Wykrywania Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc oraz Wczesnego Wykrywania Gruźlicy. Realizatorami programów są lekarze poz i specjaliści chorób płuc. Jednakże w porównaniu z innymi programami profilaktycznymi, są one prowadzone w niewielkiej ilości ośrodków. Przyczyną jest problem wyposażenia w sprzęt, brak spirometrów do programu POChP, niedostateczna współpraca i brak dobrej woli pracowników poz, jak również zbyt małe środki finansowe przeznaczone do jego realizacji.

### **33. Dr n. med. Janusz Słusznik – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chirurgii ogólnej i onkologicznej**

- Niedoskonałe i źle skonstruowane procedury onkologiczne (w tym chirurgii onkologicznej) zmusiły Kierownictwo ŚCO do wystąpienia do NFZ o zmianę procedur i ich finansowania. Niestety tylko nieznacznie udało się zwiększyć nakłady na onkologię. Nadal są one niewystarczające i nie pokrywają kosztów leczenia.
- Na terenie województwa świętokrzyskiego istnieje pilna potrzeba rozwinięcia chirurgii plastycznej i rekonstrukcyjnej. Warunkiem koniecznym jest jednak ukończenie rozbudowy Bloku Operacyjnego - Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach.

### **34. Mgr Małgorzata Knap – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa**

- Problemem jest nadal niedostateczna ilość pielęgniarek anestezjologicznych.
- Grupa zawodowa pielęgniarek wskazuje na wysokie koszty doskonalenia zawodowego, oraz istniejący nadal brak zgody pracodawców na możliwość doskonalenia zawodowego.
- Nieodpowiednie wyposażenie stanowisk pracy w Intensywnej Terapii w sprzęt ułatwiający pielęgnację ciężko chorego (np. mechaniczne podnośniki).
- Ogromnie ważne jest uruchomienie kształcenia zawodowego dla asystentek pielęgniarstwa, jak to ma miejsce w wielu krajach Unii Europejskiej i na świecie (USA).
- Kształcenie pielęgniarek na poziomie wyższym, w każdym z krajów, spowodowało stworzenie zawodów pomocniczych.

**35. Lek. med. Ewa Furmaniuk – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie okulistyki**

- Wskazane jest rozszerzenie diagnostyki w kierunku jaskry o badania na aparatach HRT, GDX lub OCT. Takie wymagania stawia NFZ dla przeprowadzenia „Programu Jaskrowego” w dwóch etapach, a wymienionej aparatury nie posiadają oddziały okulistyczne w publicznej służbie zdrowia.

**36. Dr n. med. Grażyna Majcher – Witczak – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie diabetologii**

- Istnieje konieczność poprawy funkcjonowania opieki diabetologicznej poprzez utworzenie szpitalnego oddziału diabetologicznego z salą intensywniej opieki metabolicznej.
- Zwiększenie liczby wyszkolonych pielęgniarek diabetologicznych i dietetyków.
- Zorganizowanie w Kielcach Poradni Stopy Cukrzycowej.
- Poprawa współpracy między leczeniem podstawowym i specjalistycznym w leczeniu cukrzycy.

**37. Lek. med. Jerzy Staszczuk – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie epidemiologii**

- W dalszym ciągu w wielu placówkach ochrony zdrowia, zastrzeżenia budził stan sanitarno-techniczny. Najczęstsze niedociągnięcia występowały w stanie technicznym pomieszczeń i sprzętów szpitalnych, co w znacznym stopniu utrudnia dezynfekcję i utrzymanie czystości bieżącej.
- W wyposażeniu i organizacji pracy bloków operacyjnych i oddziałów zabiegowych stwierdzono brak oznakowań sprzętu do sprzątania, krzyżowanie się dróg „czystych” z „brudnymi”.
- Niepokój budzi problem nadmiernego obłożenia w oddziałach zachowawczych, co w konsekwencji prowadzi do udokumentowanych zakażeń HBV i HCV.

**38. Dr n. med. Maria Maciejowska – Roge – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie reumatologii**

- Konieczne jest szybkie wdrożenie działań, mających na celu kształcenie specjalistów reumatologii, aby w najbliższej przyszłości zabezpieczyć opiekę reumatologiczną.

**39. Dr n. med. Bogumiła Kowalczyk – Sroka - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa**

- Problemem jest systematycznie malejąca liczba zatrudnionych pielęgniarek. Wysokie koszty doskonalenia zawodowego oraz niejednokrotny brak zgody pracodawców na urlopy szkolne w związku z doskonaleniem zawodowym.
- Dużym problemem pozostaje brak wyposażenia pielęgniarskich stanowisk pracy w sprzęt ułatwiający opiekę nad chorymi, zwłaszcza niepełnosprawnymi czy nieprzytomnymi.

**40. Mgr Irena Kurzyna – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego**

- Istnieje pilna potrzeba zawarcia przez NFZ kontraktów na usługi w zakresie pielęgniarstwa opieki domowej w celu prawidłowego zorganizowania i zabezpieczenia opieki nad przewlekle chorymi w środowisku domowym.

#### **41. Lek. dent. Janusz Dytkowski – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie ortodoncji**

- W województwie świętokrzyskim nie ma przychodni posiadającej uprawnienia do prowadzenia specjalizacji w zakresie ortodoncji.
- Bardzo niska cena za jeden punkt rozliczeniowy oraz niska wycena punktowa niektórych świadczeń ortodontycznych, jest przyczyną nie zawierania kontraktów z NFZ na usługi ortodontyczne.
- Średni okres oczekiwania na pierwszą wizytę – ok. 3 miesiące.

#### **42. Lek. dent. Anna Dąbrowska – Krzak – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją**

- Na terenie województwa świętokrzyskiego nie ma jednostki z akredytacją na prowadzenie specjalizacji z zakresu stomatologii zachowawczej z endodoncją.

#### **43. Lek. dent. Elżbieta Chmielowiec – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie protetyki stomatologicznej**

- Należy zwiększyć dostępność leczenia protetycznego poprzez zwiększenie ilości punktów przyznawanych przez NFZ, podnieść wartość punktu i zwiększyć liczbę placówek akredytowanych.

#### **44. Dr n. med. Jolanta Smok – Kalwat – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej**

- Z powodu niskich stawek płaconych przez NFZ za usługi medyczne świadczone pacjentom paliatywnym, Świętokrzyskie Centrum Onkologii zmuszone było z dniem 1 stycznia 2007 r. zlikwidować wszystkie zespoły opieki paliatywnej, które działały poza Kielcami. Brak tych zespołów, szczególnie w Busku Zdroju, Jędrzejowie, Chmielniku, Skarżysku-Kam., niekorzystnie odbija się na pacjentach, nad którymi zespoły sprawowały opiekę.
- Trudna sytuacja dotyczy również hospicjów domowych i poradni medycyny paliatywnej, bowiem w głównej mierze zależy to od możliwości kontraktowania tego typu usług przez NFZ.

#### **45. Mgr Barbara Syta – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej**

- Zagrożeniem dla jakości świadczonych usług w zakresie medycznej diagnostyki laboratoryjnej w województwie jest mała ilość specjalistów w zakresie analityki medycznej lub diagnostyki laboratoryjnej oraz problem z realizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia w zakresie kwalifikacji kierownika laboratorium.
- Małe zainteresowanie dyrektorów zoz potrzebą kształcenia diagnostów (uzyskanie specjalizacji, uczestnictwo w kursach aktualizujących wiedzę).
- Wyłączone ze struktury szpitala laboratoria oraz firmy składające oferty na świadczenie usług diagnostyki laboratoryjnej, kierują się tylko osiągnięciem zysku, bardzo często kosztem rzetelności i wiarygodności wyników badań.

- Innym zagrożeniem jest monopol firm na rynku usług diagnostyki, a w przyszłości dyktowanie cen.

#### **46. Lek. stom. Iwona Kardaś – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chirurgii szczękowo – twarzowej**

- Funkcjonowanie jednej poradni na terenie Kielc i całego województwa nie zabezpiecza w pełni potrzeb zdrowotnych mieszkańców, zwłaszcza przy równoczesnym braku oddziału chirurgii szczękowo-twarzowej na tym terenie.
- Wskazane jest utworzenie oddziału chirurgii szczękowej, dla zapewnienia opieki specjalistycznej chorym po urazach części twarzowej czaszki oraz chorym z „ostrymi” schorzeniami okolicy szczękowo-twarzowej.
- Bardzo mała ilość specjalistów z zakresu chirurgii szczękowo- twarzowej. Dwóch lekarzy zabezpiecza pracę poradni oraz zapewnia opiekę i przeprowadza zabiegi operacyjne u chorych hospitalizowanych.

#### **Podsumowanie**

Podsumowując informacje, uzyskane w Raportach Konsultantów Wojewódzkich za rok 2006 na temat restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej województwa świętokrzyskiego do 2013 roku, można stwierdzić, że istnieją obszary wymagające rozwiązań:

- Sytuacja w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami, sprawowanej przez pielęgniarki szkolne w szkołach wiejskich (głównie podstawowych).
- Często jedna pielęgniarka opiekuje się wieloma szkołami z terenu całej gminy, znajdującymi się nieraz w dużych odległościach od siebie. Sytuacja ta powoduje to, że pielęgniarka jest obecna w każdej ze szkół raz w tygodniu lub rzadziej. Ponadto ponad połowa z tych szkół nie posiada gabinetu profilaktycznego na swoim terenie.
- Profilaktyczna opieka stomatologiczna nad uczniami, w tym także jej koordynacja i nadzór.
- Wykonywanie przez pielęgniarki/higienistki szkolne profilaktyki fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania zębów u uczniów szkół podstawowych jest jedynym, masowym działaniem w tym zakresie, niewystarczającym jednak dla utrzymania zdrowia jamy ustnej tej populacji. W celu poprawy sytuacji w stomatologii dziecięcej na terenie województwa świętokrzyskiego, należy stworzyć długofalowe programy profilaktyki schorzeń jamy ustnej dla poszczególnych grup wiekowych, charakteryzujących się określonymi cechami.
- W województwie świętokrzyskim nie ma oddziału, który zajmuje się leczeniem pacjentów młodzieżowych oraz pomocą terapeutyczną dla ich rodzin. Projekt utworzenia młodzieżowego oddziału psychiatrycznego, przy lawinowym wzroście uzależnień i związanych z tym zagrożeń jest zadaniem priorytetowym.
- Konieczność włączenia zespołów wyjazdowych ratownictwa medycznego w struktury Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych
- Zbyt niskie finansowanie oddziałów ratunkowych, uniemożliwia prawidłowe ich funkcjonowanie.
- Dokonywanie restrukturyzacji (zmiana profilu), nie powinno się odbywać bez uzyskania opinii specjalisty wojewódzkiego.
- Ze względu na starzenie się społeczeństwa występuje zwiększone zapotrzebowanie na profesjonalną opiekę pielęgniarską.
- Dużym problemem pozostaje brak wyposażenia pielęgniarskich stanowisk pracy w sprzęt ułatwiający opiekę nad chorymi, zwłaszcza niepełnosprawnymi czy nieprzytomnymi.



- Niezbędne jest zwiększenie zatrudnienia pielęgniarek na stanowisku pielęgniarki epidemiologicznej, celem zapewnienia wysokiej jakości świadczonych usług, jak również zapewnienia profilaktyki zakażeń szpitalnych.
- Wzrasta zapotrzebowanie na usługi w zakresie opieki długoterminowej, obecny czas oczekiwania na miejsce w zakładzie wynosi od 3 do 6 miesięcy. Zasadny wydaje się rozwój zdecydowanie tańszej formy opieki nad osobami przewlekle chorymi, tj. domowej opieki długoterminowej. Należy podkreślić fakt, iż województwo świętokrzyskie jest jednym z dwóch województw w Polsce, gdzie domowa opieka długoterminowa nie jest kontraktowana przez NFZ.
- Corocznie wzrastająca ilość zachorowań na choroby nowotworowe, a jednocześnie konieczność zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych na właściwym poziomie, winno skutkować zdecydowanie znacznym zwiększeniem nakładów i środków na świadczenia dla pacjentów onkologicznych.
- Zadaniem priorytetowym Świętokrzyskiego Centrum Kardiologii jest w dalszym ciągu utworzenie Oddziału Kardiochirurgicznego.