

**Uchwała Nr 1794/06**  
**Zarządu Województwa Świętokrzyskiego**  
**z dnia 22 listopada 2006r.**

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

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 Uchwałą Nr XL/479/06 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 12 czerwca 2006r. zmieniającej Uchwałę 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” uchwała się, co następuje:

**§ 1**

Przyjmuje się Wstępny Projekt Regionalnego Programu Restrukturyzacji Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Świętokrzyskiego do 2013 roku, który stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

**§ 2**

1. Wstępny Projekt Programu podlega przekazaniu do konsultacji społecznych.
2. Termin zakończenia konsultacji społecznych ustala się na dzień 15 lutego 2007 roku.

**§ 3**

Wykonanie uchwały powierza się Marszałkowi Województwa Świętokrzyskiego.

**§ 4**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Marszałek Województwa

Franciszek Wołodźko

**Uzasadnienie  
do Uchwały Nr 1794/06  
Zarządu Województwa Świętokrzyskiego  
z dnia 22 listopada 2006r.**

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

Regionalny Program Restrukturyzacji w Ochronie Zdrowia realizowany był na terenie województwa świętokrzyskiego od 2000 roku. Stanowił on jeden z priorytetów polityki zdrowotnej regionu, ujętej w Strategii Rozwoju Województwa Świętokrzyskiego<sup>1</sup> w ramach celu odnoszącego się do rozwoju zasobów ludzkich i bezpieczeństwa społecznego. W związku:

- ✓ upływem terminu realizacji obecnej edycji Programu na lata 2003 – 2005<sup>2</sup>,
- ✓ aktualizacją Strategii Rozwoju Województwa Świętokrzyskiego do 2020 roku<sup>3</sup> oraz
- ✓ 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” oraz Uchwałę Nr XL/479/06 z dnia 12 czerwca 2006r., która wydłużyła termin przyjęcia Programu. Zgodnie z harmonogramem Zarząd Województwa Świętokrzyskiego powołał w dniu 11 stycznia 2006r. Zespół Koordynacyjny – Redakcyjny ds. aktualizacji „Regionalnego Programu Restrukturyzacji Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Świętokrzyskiego na lata 2006 – 2013” (Uchwały Nr 1330/06 i 1651/06). 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 Wstępnego Projektu Programu. Na tej podstawie sporządzono aktualizację danych statystycznych ujętych w diagnozie oraz przygotowano kolejne elementy Wstępnego Projektu Programu obejmujące: analizę SWOT, cele Programu, analizę zgodność celów z regionalnymi i krajowymi dokumentami programowymi, wskaźniki monitorowania realizacji celów, realizację i finansowanie Programu.

Zgodnie z harmonogramem opracowania aktualizacji „Regionalnego Programu Restrukturyzacji Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Świętokrzyskiego na lata 2006 – 2013” Zarząd Województwa Świętokrzyskiego powinien przyjąć Wstępny Projekt Programu do grudnia 2006r., a następnie przekazać go do konsultacji społecznych. Przyjęcie Wstępnego Projektu Programu przez Komisję Zdrowia Polityki Społecznej i Spraw Rodziny Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego zostało zaplanowane na grudzień 2006r.

Wstępny Projekt Programu nie jest uzależniony od przekazania przez Ministra Zdrowia do uzgodnień międzyresortowych projektu ustawy w sprawie sieci szpitali. Wytyczne dotyczące tworzenia sieci, które będą miały wpływ na kształt Programu zostaną wprowadzone na etapie konsultacji społecznych planowanych do lutego 2007 roku.

---

<sup>1</sup> Uchwała Nr XIV/225/2000 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 30 czerwca 2000 roku w sprawie uchwalenia strategii rozwoju województwa

<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.

<sup>3</sup> Uchwała Nr XLII/508/06 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 26 października 2006r. w sprawie uchwalenia Strategii Rozwoju Województwa Świętokrzyskiego do 2020 roku



**URZĄD MARSZAŁKOWSKI  
WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO**

**DEPARTAMENT ZDROWIA I POLITYKI SPOŁECZNEJ**

**REGIONALNY PROGRAM RESTRUKTURYZACJI**

**ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ**

**WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO**

**DO 2013 ROKU**



**WSTĘPNY PROJEKT**

**KIELCE listopad 2006**

## **SPIS TREŚCI**

<b>1. Diagnoza</b>	<b>3</b>
<b>1.1. Wybrane elementy sytuacji demograficznej</b>	<b>3</b>
<b>1.2. Analiza umieralności</b>	<b>4</b>
<b>1.3. Analiza danych o hospitalizacji</b>	<b>5</b>
<b>1.3.1. Hospitalizacje ogólne</b>	<b>5</b>
<b>1.3.2. Hospitalizacje psychiatryczne</b>	<b>6</b>
<b>1.4. Działalność regionalnego systemu ochrony zdrowia</b>	<b>7</b>
<b>1.4.1. Podstawowa opieka zdrowotna</b>	<b>7</b>
<b>1.4.2. Opieka domowa</b>	<b>10</b>
<b>1.4.3. Stomatologia</b>	<b>12</b>
<b>1.4.4. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna</b>	<b>15</b>
<b>1.4.5. Lecznictwo stacjonarne (zawierające wstępną propozycję metodologii opracowania kierunków zmiany liczby łóżek od 2006r.)</b>	<b>20</b>
<b>2. Podsumowanie realizacji RPR ZOZ WŚ na lata 2003 – 2005</b>	<b>41</b>
<b>3. Analiza SWOT</b>	<b>49</b>
<b>4. Cele Regionalnego Programu Restrukturyzacji Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Świętokrzyskiego do 2013 roku oraz ich spójność z dokumentami regionalnymi i krajowymi</b>	<b>50</b>
<b>4.1. Cel nadrzędny</b>	<b>50</b>
<b>4.2. Cele strategiczne i operacyjne</b>	<b>51</b>
<b>4.2.1. Cel 1 – Zapewnienie świadczeń zdrowotnych dostosowanych do obecnych i przewidywanych potrzeb zdrowotnych, wynikających z dynamiki długookresowych trendów demograficznych</b>	<b>51</b>
<b>4.2.2. Cel 2 – Zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego w sytuacjach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia</b>	<b>52</b>
<b>4.2.3. Cel 3 – Zwiększenie efektywności i jakości leczenia</b>	<b>52</b>
<b>4.2.4. Cel 4 – Poprawa sytuacji zdrowotnej w zakresie chorób stanowiących istotne problemy zdrowotne mieszkańców województwa</b>	<b>53</b>
<b>4.2.5. Cel 5 – Wzmocnienie uczestnictwa mieszkańców w działaniach prozdrowotnych</b>	<b>54</b>
<b>4.3. Zgodność celów z regionalnymi i krajowymi dokumentami programowymi</b>	<b>56</b>
<b>5. Wskaźniki monitorowania realizacji celów</b>	<b>58</b>
<b>6. Realizacja i finansowanie</b>	<b>62</b>

## 1. Diagnoza

### 1.1 Wybrane elementy sytuacji demograficznej

Od 1999 roku liczba ludności województwa systematycznie spada. W końcu 2005 roku wynosiła 1 285 007 osób i zmalała o 37 740 osób w stosunku do 1999r. (2,85%). Ponad połowę populacji stanowiły kobiety (51,22%; Polska-51,64%), ich odsetek nieznacznie wzrósł w stosunku do 1999r. (o 0,28%). Nadal większość stanowili mieszkańcy wsi 54,59% ogółu ludności (Polska-38,61%), odsetek ten wzrósł o 0,36% w stosunku do 1999r. Prognozowana przez GUS liczba ludności w województwie będzie się nadal systematycznie zmniejszać do 1 252 309 osób w 2013r. (o 32 698 osoby mniej w stosunku do 2005r.) i 1 244 581 osób w 2015r. (o 7 728 osób mniej w stosunku do 2013r.).

Powoli, ale systematycznie zmniejsza się udział dzieci i młodzieży w wieku poniżej 17 roku życia w łącznej liczbie ludności, natomiast zwiększa się stopniowo udział osób starszych. W 2005r. dzieci i młodzież do 17 roku życia stanowiły 20,57% ogółu ludności (Polska-20,61%), ich odsetek zmniejszył się o 4,32% w stosunku do 1999r. Zgodnie z prognozą ludności GUS udział procentowy dzieci i młodzieży poniżej 17 roku życia będzie nadal się zmniejszał i w 2013 roku będzie on mniejszy o 3,68% w stosunku do 2005r. natomiast w 2015r. o 4,07%. Osoby w wieku 60 lat i więcej (kobiety) / 65 (mężczyźni) stanowiły w 2005r. 16,99% ogółu ludności (Polska-15,43%), ich odsetek zwiększył się o 0,79% w stosunku do 1999r. Według prognozy GUS do 2013 roku udział osób starszych w wieku poprodukcyjnym zwiększy się o 2,69% natomiast w 2015r. o 3,88% w stosunku do 2005r. Odsetek osób w wieku produkcyjnym (18-59/64 lat) stanowił w 2005r. 62,44% i wzrósł w stosunku do 1999r. o 3,53%. Do 2015r. będzie on początkowo wzrastał (2013r. – 63,43%) a następnie ulegał zmniejszeniu (2015r. – 62,63%).

Systematycznie również zmniejsza się liczba urodzeń żywych, która w 2004r. wynosiła 11 274 i była niższa w stosunku do 1999r. o 1 620. Odsetek urodzeń żywych był większy na wsi niż w mieście i wynosił 58,15% ogółu urodzeń żywych w województwie (Polska-42,47%). Urodzenia martwe stanowiły 0,56% ogółu urodzeń (0,46% miasto, 0,62% wieś)<sup>4</sup>. W 2004r. odsetek urodzeń o niskiej masie urodzeniowej (poniżej 2 500 g) stanowił 6,01% urodzeń żywych<sup>5</sup> (Polska-6,11%). Zgodnie z prognozą GUS liczba urodzeń w województwie będzie nadal zmniejszać się do 2010r. (11 226) a następnie nieco wzrośnie do 2015r. (11 400). Liczba urodzeń nie osiągnie jednak poziomu urodzeń z 1999r. (12 894). Współczynnik zgonów na 1 000 tys. ludności województwa utrzymywał się od 1999r. na

<sup>4</sup> Źródło: Rocznika Statystycznego Województwa Świętokrzyskiego. US, Kielce 2005.

<sup>5</sup> Źródło: Rocznik Demograficzny. GUS, Warszawa 2005.

podobnym poziomie i wynosił w 2004r. 10,3, był niższy o 0,5 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 2004r. najniższy przyrost naturalny na 1 000 mieszkańców wystąpił w powiatach: opatowskim (-5,3), kazimierskim (-4,8), buskim (-3,6) oraz jędrzejowskim (-3,1) natomiast dodatni przyrost wystąpił jedynie w powiecie kieleckim (1,0).

Długość życia mieszkańców województwa systematycznie wydłuża się. Od 1990r. średnie trwanie życia mężczyzn wydłużyło się o 4,17 roku i wynosi dla chłopca urodzonego w 2004 roku 70,86 lat. Mieszkaniec wsi będzie jednak żył krócej o 1,1 roku od mężczyzny zamieszkującego w mieście<sup>6</sup>. Średnie trwanie życia kobiet w naszym województwie wydłużyło się natomiast o 4,23 roku i wynosi dla dziewczynki urodzonej w 2004r. 80,27 lat. Mieszkanki wsi podobnie jak mężczyźni będą żyły krócej od kobiet zamieszkujących w mieście o 0,2 roku.

#### 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 2004r. w województwie zmarło 13 349 osób. Najwyższy współczynnik zgonów na 1 000 mieszkańców wystąpił w powiatach: opatowskim (13,6), kazimierskim (12,7) oraz jędrzejowskim (12,1). Nadal większy odsetek zgonów występował na wsi niż w mieście, który w 2004r. wynosił 60,54% ogółu zgonów w województwie (Polska-40,44%). W ogólnej liczbie osób zmarłych 54,17% stanowili mężczyźni (Polska-53,55%).

W województwie dominującymi przyczynami zgonów są nadal choroby określone mianem cywilizacyjnych. Należą do nich choroby układu krążenia, nowotwory oraz urazy i zatrucia, które w 2005r. były przyczyną 77,16% zgonów. Umieralność spowodowana chorobami układu krążenia wykazuje od 1999r. trend spadkowy. W 2005r. wynosiła ona 48,19% wszystkich zgonów i była mniejsza o 1,82% w stosunku do 1999r. Wzrósł natomiast

---

<sup>6</sup> Źródło: Rocznik Demograficzny. GUS, Warszawa 2005.

odsetek zgonów spowodowanych chorobami nowotworowymi, który w 2005r. wynosił 22,22% 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 2005r. odsetek zgonów spowodowanych urazami i zatruciami wynosił 6,75% i był niższy w stosunku do 1999r. o 0,03%.

Znaczenie poszczególnych grup chorób, jako przyczyn zgonów mieszkańców województwa świętokrzyskiego, zmieniało się wraz z wiekiem<sup>7</sup>. W 2005r. 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 2004r. współczynnik umieralności dzieci poniżej 1 roku życia wynosił 5,5 na 1 000 urodzeń żywych i był niższy o 3,1 w stosunku do 2000r<sup>8</sup>. Głównymi przyczynami zgonów niemowląt w 2004r. były stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym (47,92% zgonów) oraz wady rozwojowe wrodzone (27,08% zgonów)<sup>9</sup>.

Według prognoz Światowej Organizacji Zdrowia<sup>10</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 (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>11</sup> były od 2001r. choroby układu krążenia (I00-I99), które w 2005r. stanowiły 16,92% hospitalizowanych przypadków

<sup>7</sup> Źródło: dane Świętokrzyskiego Centrum Monitorowania Ochrony Zdrowia w Kielcach.

<sup>8</sup> Źródło: Rocznik Statystyczny Województwa Świętokrzyskiego. US, Kielce 2005.

<sup>9</sup> Źródło: dane Świętokrzyskiego Centrum Monitorowania Ochrony Zdrowia w Kielcach.

<sup>10</sup> Źródło: Christopher J. L. Murray, Alan D. Lopez: Globalne obciążenie chorobami. CSIOZ i UWM „Vesalius”, Warszawa Kraków 2000.

<sup>11</sup> Źródło: dane Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach.

chorobowych mieszkańców województwa. Najliczniejszymi przyczynami hospitalizacji wśród chorób układu krążenia były w 2005r. niewydolność sera (2,89% ogółu hospitalizacji), dusznica bolesna (2,24% ogółu hospitalizacji).

Hospitalizacje z powodu chorób nowotworowych (C00-D48) wykazują od 2001r. tendencję wzrostową. W 2005r. stanowiły one 12,54% hospitalizowanych przypadków chorobowych mieszkańców województwa i wzrosły w stosunku do 2001r. o 6,39%. Najliczniejszymi przyczynami hospitalizacji wśród chorób nowotworowych były w 2005r. nowotwór złośliwy sutka (1,64% ogółu hospitalizacji) oraz nowotwór złośliwy oskrzela i płuca (1,17% 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 zmniejszył się w stosunku do 2001r. o 0,21% i w 2005r. wynosił 10,31% hospitalizowanych przypadków chorobowych. Najliczniejszymi przyczynami hospitalizacji wśród chorób układu trawiennego były w 2005r. zapalenie żołądka i dwunastnicy (1,32% ogółu hospitalizacji) oraz kamica żółciowa (1,28% ogółu hospitalizacji).

Ciąża, poród i połóg oraz niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym (O00-P96) stanowiły czwartą grupę przyczyn hospitalizacji. Ich odsetek zmniejszył się w stosunku do 2001r. o 0,43% i wynosił w 2005r. 9,65% hospitalizowanych przypadków chorobowych. Najliczniejszymi przyczynami hospitalizacji wśród tej grupy hospitalizacji były poród samoistny pojedynczy siłami natury (2,68% ogółu hospitalizacji) oraz poród pojedynczy przez cięcie cesarskie (1,08% ogółu hospitalizacji).

Kolejnymi przyczynami hospitalizacji były w 2005r.: choroby układu moczowo - pęciowego (N00-N99) – 9,41% hospitalizowanych przypadków chorobowych, choroby układu oddechowego (J00-J99) – 8,13% ogółu hospitalizacji oraz urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (S00-T98) – 7,40% 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>12</sup>, dominowały zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu (F10), które w 2005r. stanowiły 36,86% hospitalizowanych przypadków chorobowych. Ich odsetek wzrósł w stosunku do 2001r. o 8,25%.

---

<sup>12</sup> Źródło: dane Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach.



Schizofrenia (F20) stanowiła drugą przyczyną hospitalizacji pacjentów z rozpoznaniem psychiatrycznym. Odsetek hospitalizowanych zmniejszył się w stosunku do 2001r. o 2,29% i w 2005r. wynosił 19,45% ogółu hospitalizacji.

Trzecią przyczyną hospitalizacji pacjentów z rozpoznaniem psychiatrycznym stanowiły zaburzenia organiczne (F00-F09). Ich odsetek zmniejszył się w stosunku do 2001r. o 2,79% i w 2005r. wynosił 18,42% hospitalizowanych przypadków chorobowych. Najliczniejszymi przyczynami hospitalizacji wśród zaburzeń organicznych były inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną (12,87% ogółu hospitalizacji) oraz zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu (3,44% ogółu hospitalizacji).

Kolejnymi przyczynami hospitalizacji pacjentów z rozpoznaniem psychiatrycznym były: zaburzenia afektywne (F30-F39) – 7,79% hospitalizowanych przypadków chorobowych, pozostałe schorzenia niepsychotyczne (F50-F99) – 6,06% ogółu hospitalizacji, zaburzenia nerwicowe (F40-F48) – 5,71% ogółu hospitalizacji, inne psychozy (F21-F29) – 4,30% ogółu hospitalizacji oraz zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (F11-F19) – 1,20% 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.
2. Wśród hospitalizowanych przypadków z rozpoznaniem psychiatrycznym dominowały zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu oraz schizofrenia.

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

### **1.4.1 Podstawowa opieka zdrowotna**

Podstawowa opieka zdrowotna jest częścią systemu ochrony zdrowia, zapewniającą 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 pielęgniarstwa, nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa, 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>13</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%).

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)

**Tablica 1 Średnia liczba ubezpieczonych objętych opieką 1 lekarza POZ w województwie świętokrzyskim w latach 2004 - 2006 wg powiatów<sup>14</sup>**

powiat	lata		
	2004	2005	2006 - 01 styczeń
buski	1 321	1 381	1 465

<sup>13</sup> Źródło: dane Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach (stan w dniu 24 luty 2006r.).

<sup>14</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)

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%). 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),

**Tablica 2 Liczba świadczeniodawców realizujących opiekę domową w ramach zadań pielęgniarki POZ w województwie świętokrzyskim w latach 2002 - 2006 wg powiatów<sup>15</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

<sup>15</sup> Źródło: dane Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach (stan w dniu 19 lipiec 2006r.).

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),

**Tablica 3 Liczba świadczeniodawców realizujących opiekę domową w ramach zadań położnej POZ w województwie świętokrzyskim w latach 2002 - 2006 wg powiatów<sup>16</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
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),

<sup>16</sup> Źródło: dane Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach (stan w dniu 19 lipiec 2006r.).

**Tablica 4 Koszty świadczeń opieki domowej kontraktowanej w ramach opieki długoterminowej w województwie świętokrzyskim w latach 2002 - 2006 wg powiatów<sup>17</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).

**Tablica 5 Koszty świadczeń opieki domowej kontraktowanej w ramach rehabilitacji leczniczej w województwie świętokrzyskim w latach 2002 - 2004 wg powiatów<sup>18</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 domu
Powiat					
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:

- 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

<sup>17</sup> Źródło: dane Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach (stan w dniu 19 lipiec 2006r.).

<sup>18</sup> Źródło: dane Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach (stan w dniu 19 lipiec 2006r.).

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>19</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.

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)

**Tablica 6 Liczba punktów zakontraktowanych miesięcznie w zakresie leczenia stomatologicznego na 10 tys mieszkańców województwa świętokrzyskiego w latach 2002 - 2006<sup>20</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	0,00	0,00	0,00	0,00	226,07

<sup>19</sup> Źródło: dane Świętokrzyskiego Centrum Monitorowania Ochrony Zdrowia w Kielcach.

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

zakaźnych, w tym chorych na AIDS					
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.

✓ 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.

**Tablica 7 Liczba punktów zakontraktowanych miesięcznie w zakresie leczenia stomatologicznego na 10 tys mieszkańców województwa świętokrzyskiego w latach 2004 - 2006<sup>21</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

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



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
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):

**Tablica 8 Struktura poradni specjalistycznych, które powinny być dostępne na terenie powiatów województwa świętokrzyskiego w 2005 roku<sup>22</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

<sup>22</sup> Źródło: dane Świętokrzyskiego Centrum Monitorowania Ochrony Zdrowia w Kielcach.

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

**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

**Tablica 9 Struktura poradni specjalistycznych, które powinny być dostępne na terenie województwa świętokrzyskiego w 2005 roku<sup>23</sup>**

Powiat	chorób wewnętrznych (kod 1000)			chorób metabolicznych (kod 1008)			endokrynologiczna (kod 1030)			gastroenterologicz., 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			

**cd. Tablica 9**

Powiat	hematologiczna (kod 1070)			nefrologiczna (kod 1130)			medycyny paliatywnej (kod 1180)			neonatalogiczna (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															

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

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>24</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).

<sup>24</sup> Źródło: dane Świątokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach (stan w dniu 31.12.2005r.).

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.

#### **1.4.5 Lecznictwo stacjonarne (zawierające wstępną propozycję metodologii opracowania kierunków zmiany liczby łóżek od 2006r)**

Analizując działalność poszczególnych dyscyplin medycznych lecznictwa stacjonarnego wzięto pod uwagę przeciętny pobyt chorego w dniach oraz wykorzystanie łóżek (w %) w latach 2002 i 2005<sup>25</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 oraz analogicznymi wskaźnikami działalności szpitali ogólnych w Polsce w 2004r.<sup>26</sup>

#### **OPIEKA KRÓTKOTERMINOWA**

Szpitala 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

<sup>25</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).

<sup>26</sup> Źródło: Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2005. CSI OZ, Warszawa 2005.; Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej Rocznik Statystyczny 2004. IPIŃ, Warszawa 2005.

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)

Liczba leczonych w 2005 roku wzrosła o 7,3% tj. 16 227 osób w stosunku do 2002 roku i wynosiła 239 532 osoby (Tab.11).

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.11)

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.11)

**Tablica 10 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
Pediatryczna i pochodne (m.in. niemowlęcy, wewnętrzny, pulmonologiczno-alergologiczny, endokrynologiczno-diabetologiczny)	429	3,3	-30	399	3,1	77
Pediatryczna - 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	
Otolaryngologia	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	<i>docelowo 70% ł.polożniczych</i>	
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)

**Tablica 11 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 (skóro-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

### oddziały wewnętrzne

Liczba łóżek w oddziałach wewnętrznych (kod: 4000<sup>27</sup>), według stanu na dzień 31 grudnia 2005 roku wynosiła 1 018, osiągając wskaźnik 7,9 na 10 tysięcy mieszkańców województwa świętokrzyskiego (Polska 2004r.-7,8). Liczba łóżek zmniejszyła się w stosunku do 2002 roku o 116.

W 2005 roku zmniejszyła się liczba leczonych do 41 564 osób, czyli o 2 829 osób mniej niż w 2002 roku. Wykorzystanie łóżek w województwie uległo zmniejszeniu o 12,3% z 93,1% w 2002r. do 80,8 w 2005r. (Polska 2004r.-78,7%). Średni czas pobytu w wyniósł 7,3 dnia (Polska 2004r.-7,1 dnia) i był krótszy w stosunku do 2002r. o 1,4 dnia.

W porównaniu z rekomendowanymi wskaźnikami działalności:

- ✓ nastąpiło zmniejszenie 59,2% liczby łóżek planowanej do redukcji. Liczba łóżek była nadal wyższa o 80 od docelowej liczby łóżek,
- ✓ wykorzystanie łóżek było niższe o 14,2% od rekomendowanego,
- ✓ średni czas pobytu był krótszy od górnej granicy czasu rekomendowanego o 0,7 dnia.

<sup>27</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz. U 170, poz.1797 z późniejszymi zmianami)

## **ODDZIAŁY KARDIOLOGICZNE**

Liczba łóżek w oddziałach kardiologicznych (kod: 4100), według stanu na dzień 31 grudnia 2005 roku wynosiła 322, osiągając wskaźnik 2,5 na 10 tysięcy mieszkańców województwa świętokrzyskiego (Polska 2004r.-2,0). Liczba łóżek zwiększyła się w stosunku do 2002 roku o 57.

W 2005 roku wzrosła liczba leczonych do 16 393 osób, czyli o 4 580 osób więcej niż w 2002 roku. Wykorzystanie łóżek w województwie uległo zwiększeniu o 1,6% z 97,8% w 2002r. do 99,4% w 2005r. (Polska 2004.-79,0%). Średni czas pobytu w wynosił 7,1 dnia (Polska 2004r.-5,7) i był krótszy w stosunku do 2002r. o 0,5 dnia.

W porównaniu z rekomendowanymi wskaźnikami działalności:

- ✓ liczba łóżek przekraczała o 70 docelową liczbę łóżek,
- ✓ wykorzystanie łóżek było wyższe o 4,4% od rekomendowanego,
- ✓ średni czas pobytu był krótszy od górnej granicy czasu rekomendowanego o 0,9 dnia.

## **ODDZIAŁY NEFROLOGICZNE**

Liczba łóżek w oddziałach nefrologicznych (kod: 4130; 4131), według stanu na dzień 31 grudnia 2005 roku wynosiła 59, osiągając wskaźnik 0,5 na 10 tysięcy mieszkańców województwa świętokrzyskiego (Polska 2004r.-0,5). Liczba łóżek zwiększyła się w stosunku do 2002 roku o 2.

W 2005 roku wzrosła liczba leczonych do 2 789 osób, czyli o 296 osób więcej niż w 2002 roku. Wykorzystanie łóżek w województwie uległo zmniejszeniu o 27,6% z 89,2% w 2002r. do 61,6% w 2005r. (Polska 2004r.-81,5%). Średni czas pobytu w wynosił 4,8 dnia (Polska 2004r.-7,0 dnia) i był krótszy w stosunku do 2002r. o 2,6 dnia.

W porównaniu z rekomendowanymi wskaźnikami działalności:

- ✓ liczba łóżek była niższa od docelowej liczby łóżek o 15,
- ✓ wykorzystanie łóżek było niższe o 33,4% od rekomendowanego,
- ✓ średni czas pobytu był krótszy od górnej granicy czasu rekomendowanego o 2,7 dnia.

## **ODDZIAŁY REUMATOLOGICZNE**

Liczba łóżek w oddziałach reumatologicznych (kod: 4280), według stanu na dzień 31 grudnia 2005 roku wynosiła 116, osiągając wskaźnik 0,9 na 10 tysięcy mieszkańców województwa świętokrzyskiego (Polska 2004r.-0,7). Liczba łóżek zwiększyła się w stosunku do 2002 roku o 13.

W 2005 roku zmniejszyła się liczba leczonych do 2 421 osób, czyli o 1 320 osób mniej niż w 2002 roku. Wykorzystanie łóżek w województwie uległo zmniejszeniu o 36,9% z

91,3% w 2002r. do 54,4% w 2005r. (Polska 2004r.-71,9%). Średni czas pobytu w wynosił 10,2 dnia (Polska 2004r.-13,4 dnia) i był dłuższy w stosunku do 2002r. o 1,0 dnia.

W porównaniu z rekomendowanymi wskaźnikami działalności:

- ✓ liczba łóżek przekraczała o 5 docelową liczbę łóżek,
- ✓ wykorzystanie łóżek było niższe o 35,6% od rekomendowanego,
- ✓ średni czas pobytu był dłuższy od górnej granicy czasu rekomendowanego o 0,2 dnia.

#### **ODDZIAŁY PEDIATRYCZNE I POCHODNE**

Liczba łóżek w oddziałach pediatrycznych (kod: 4401; 4001; 4031; 4273; 4403), według stanu na dzień 31 grudnia 2005 roku wynosiła 399, osiągając wskaźnik 3,1 na 10 tysięcy mieszkańców województwa świętokrzyskiego (Polska 2004r.-3,0). Liczba łóżek zmniejszyła się w stosunku do 2002 roku o 30.

W 2005 roku wzrosła liczba leczonych do 16 898 osób, czyli o 48 osób więcej niż w 2002 roku. Wykorzystanie łóżek w województwie uległo zmniejszeniu o 13,0% z 62,7% w 2002r. do 49,7% w 2005r. (Polska 2004r.-58,8%). Średni czas pobytu w wynosił 4,3 dnia (Polska 2004r.-5,6 dnia) i był krótszy w stosunku do 2002r. o 1,5 dnia.

W porównaniu z rekomendowanymi wskaźnikami działalności:

- ✓ nastąpiło zmniejszenie 28,0% liczby łóżek planowanej do redukcji. Liczba łóżek była nadal wyższa o 77 od docelowej liczby łóżek,
- ✓ wykorzystanie łóżek było niższe o 30,3% od rekomendowanego,
- ✓ średni czas pobytu był krótszy od górnej granicy czasu rekomendowanego o 1,7 dnia.

#### **PEDIATRIA - ODDZIAŁY SPECJALISTYCZNE WOJEWÓDZKIEGO SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA DZIECIĘCEGO W KIELCACH**

Liczba łóżek w specjalistycznych oddziałach pediatrycznych (kod: 4073; 4056; 4221; 4349; 4501; 4581), według stanu na dzień 31 grudnia 2005 roku wynosiła 202, osiągając wskaźnik 1,6 na 10 tysięcy mieszkańców województwa świętokrzyskiego. Liczba łóżek zmniejszyła się w stosunku do 2002 roku o 14.

W 2005 roku wzrosła liczba leczonych do 9 766 osób, czyli o 628 osób więcej niż w 2002 roku. Wykorzystanie łóżek w województwie uległo zmniejszeniu o 13,8% (z 66,9 w 2002r. do 53,1% w 2005r.). Średni czas pobytu w wynosił 4,3 dnia i był krótszy w stosunku do 2002r. o 1,5 dnia.

W porównaniu z rekomendowanymi wskaźnikami działalności:

- ✓ liczba łóżek przekraczała o 6 docelową liczbę łóżek,
- ✓ wykorzystanie łóżek było niższe o 26,9% od rekomendowanego,
- ✓ średni czas pobytu był krótszy od górnej granicy czasu rekomendowanego o 1,7 dnia.

## **ODDZIAŁY NEUROLOGICZNE**

Liczba łóżek w oddziałach neurologicznych (kod: 4220), według stanu na dzień 31 grudnia 2005 roku wynosiła 303, osiągając wskaźnik 2,4 na 10 tysięcy mieszkańców województwa świętokrzyskiego (Polska 2004r.-2,0). Liczba łóżek nie uległa zmianie w stosunku do 2002 roku.

W 2005 roku wzrosła liczba leczonych do 10 968 osób, czyli o 349 osób więcej niż w 2002 roku. Wykorzystanie łóżek w województwie uległo zmniejszeniu o 14,6% z 99,1% w 2002r. do 84,5% w 2005r. (Polska 2004r.-79,2%). Średni czas pobytu w wynosił 8,5 dnia (Polska 2004r.-9,1 dnia) i był krótszy w stosunku do 2002r. o 1,0 dzień.

W porównaniu z rekomendowanymi wskaźnikami działalności:

- ✓ liczba łóżek nie uległa zmianie i była nadal mniejsza o 7 od docelowej liczby łóżek,
- ✓ wykorzystanie łóżek było niższe o 0,5% od rekomendowanego,
- ✓ średni czas pobytu był krótszy od górnej granicy czasu rekomendowanego o 1,5 dnia.

## **ODDZIAŁY DERMATOLOGICZNE**

Liczba łóżek w oddziałach dermatologicznych (kod: 4200), według stanu na dzień 31 grudnia 2005 roku wynosiła 53, osiągając wskaźnik 0,4 na 10 tysięcy mieszkańców województwa świętokrzyskiego (Polska 2004r.-0,6). Liczba łóżek zwiększyła się w stosunku do 2002 roku o 2.

W 2005 roku wzrosła liczba leczonych do 1 808 osób, czyli o 70 osób więcej niż w 2002 roku. Wykorzystanie łóżek w województwie uległo zmniejszeniu o 9,9% z 91,7% w 2002r. do 81,8% w 2005r. (Polska 2004r.-64,3%). Średni czas pobytu w wynosił 8,6 dnia (Polska 2004r.-8,4 dnia) i był krótszy w stosunku do 2002r. o 1,2 dnia.

W porównaniu z rekomendowanymi wskaźnikami działalności:

- ✓ liczba łóżek była większa od docelowej liczbę łóżek o 2,
- ✓ wykorzystanie łóżek było niższe o 13,2% od rekomendowanego,
- ✓ średni czas pobytu był krótszy od górnej granicy czasu rekomendowanego o 0,9 dnia.

## **ODDZIAŁY ONKOLOGICZNE**

Liczba łóżek w oddziałach onkologicznych (kod: 4030; 4070; 4140; 4240; 4242; 4244; 4540), według stanu na dzień 31 grudnia 2005 roku wynosiła 223, osiągając wskaźnik 1,7 na 10 tysięcy mieszkańców województwa świętokrzyskiego. Liczba łóżek zmniejszyła się w stosunku do 2002 roku o 65. W latach 2003 - 2005 został uruchomiony 5 łóżkowy oddział medycyny nuklearnej oraz nastąpiło zmniejszenie o 5 liczby łóżek w oddziale endokrynologicznym. Dokonano również przekształcenia charakteru dwóch oddziałów:

- ✓ onkologii ginekologicznej (kod: 4246) w oddział ginekologiczny (kod: 4452),

- ✓ otolaryngologii, chirurgii głowy i szyi (kod: 4540 –oddział chirurgii onkologicznej) w oddział otolaryngologiczny (kod: 4610).

W 2005 roku zmniejszyła się liczba leczonych do 11 166 osób, czyli o 2 857 osób mniej niż w 2002 roku. Wykorzystanie łóżek w województwie uległo zwiększeniu o 12,1% (z 82,7% w 2002r. do 94,8% w 2005r.). Średni czas pobytu w wynosił 6,9 dnia i był dłuższy w stosunku do 2002r. o 0,7 dnia.

W porównaniu z rekomendowanymi wskaźnikami działalności:

- ✓ liczba łóżek była mniejsza o 71 od docelowej liczby łóżek.

#### **ODDZIAŁY OBSERWACYJNO – ZAKAŹNE**

Liczba łóżek w oddziałach obserwacyjno - zakaźnych (kod: 4340; 4348), według stanu na dzień 31 grudnia 2005 roku wynosiła 178, osiągając wskaźnik 1,4 na 10 tysięcy mieszkańców województwa świętokrzyskiego (Polska 2004r.-0,7). Liczba łóżek zmniejszyła się w stosunku do 2002 roku o 33.

W 2005 roku zmniejszyła się liczba leczonych do 6 313 osób, czyli o 17 osób mniej niż w 2002 roku. Wykorzystanie łóżek w województwie uległo zwiększeniu o 2,0% z 63,0% w 2002r. do 65,0% w 2005r. (Polska 2004r.-59,1%). Średni czas pobytu w wynosił 6,7 dnia (Polska 2004r.-6,7 dnia) i był krótszy w stosunku do 2002r. o 1,0 dnia.

W porównaniu z rekomendowanymi wskaźnikami działalności:

- ✓ nastąpiło zmniejszenie 54,1% liczby łóżek planowanej do redukcji. Liczba łóżek była nadal wyższa o 28 od docelowej liczby łóżek,
- ✓ wykorzystanie łóżek było niższe o 10,0% od rekomendowanego,
- ✓ średni czas pobytu był krótszy od górnej granicy czasu rekomendowanego o 0,8 dnia.

#### **ODDZIAŁY CHIRURGII OGÓLNEJ**

Liczba łóżek w oddziałach chirurgii ogólnej (kod: 4500), według stanu na dzień 31 grudnia 2005 roku wynosiła 703, osiągając wskaźnik 5,5 na 10 tysięcy mieszkańców województwa świętokrzyskiego (Polska 2004r.-6,4). Liczba łóżek zmniejszyła się w stosunku do 2002 roku o 35.

W 2005 roku wzrosła liczba leczonych do 36 004 osób, czyli o 3 680 osób więcej niż w 2002 roku. Wykorzystanie łóżek w województwie uległo zmniejszeniu o 7,0% z 83,7% w 2002r. do 76,7% w 2005r. (Polska 2004r.-69,4%). Średni czas pobytu w wynosił 5,5 dnia (Polska 2004r.-5,7) i był krótszy w stosunku do 2002r. o 1,5 dnia.

W porównaniu z rekomendowanymi wskaźnikami działalności:

- ✓ nastąpiło zmniejszenie 63,6% liczby łóżek planowanej do redukcji. Liczba łóżek była nadal wyższa od docelowej liczby łóżek o 20,
- ✓ wykorzystanie łóżek było niższe o 8,3% od rekomendowanego,
- ✓ średni czas pobytu był krótszy od górnej granicy czasu rekomendowanego o 1,5 dnia.

#### **ODDZIAŁY INNE O PROFILU ZABIEGOWYM**

(chirurgia klatki piersiowej, neurochirurgia, chirurgia naczyniowa z angiologią)

Liczba łóżek w innych oddziałach zabiegowych (kod: 4520; 4530; 4570), według stanu na dzień 31 grudnia 2005 roku wynosiła 114, osiągając wskaźnik 0,9 na 10 tysięcy mieszkańców województwa świętokrzyskiego. Liczba łóżek nie uległa zmianie w stosunku do 2002 roku.

W 2005 roku wzrosła liczba leczonych do 4 770 osób, czyli o 1 281 osób więcej niż w 2002 roku. Wykorzystanie łóżek w województwie uległo zmniejszeniu o 1,5% (z 95,1% w 2002r. do 93,6% w 2005r.). Średni czas pobytu w wynosił 8,2 dnia i był krótszy w stosunku do 2002r. o 3,1 dnia.

W porównaniu z rekomendowanymi wskaźnikami działalności:

- ✓ liczba łóżek stanowiła docelową liczbę łóżek.

#### **ODDZIAŁY CHIRURGII URAZOWO -ORTOPEDYCZNEJ**

Liczba łóżek w oddziałach chirurgii urazowo - ortopedycznej (kod: 4580), według stanu na dzień 31 grudnia 2005 roku wynosiła 324, osiągając wskaźnik 2,5 na 10 tysięcy mieszkańców województwa świętokrzyskiego (Polska 2004r.-2,7). Liczba łóżek zmniejszyła się w stosunku do 2002 roku o 32.

W 2005 roku zmniejszyła się liczba leczonych do 12 904 osób, czyli o 949 osób mniej niż w 2002 roku. Wykorzystanie łóżek w województwie uległo zmniejszeniu o 3,4% z 72,0% w 2002r. do 68,6% w 2005r. (Polska 2004r.-69,1%). Średni czas pobytu w wynosił 6,3 dnia (Polska 2004r.-7,6) i był krótszy w stosunku do 2002r. o 0,5 dnia.

W porównaniu z rekomendowanymi wskaźnikami działalności:

- ✓ nastąpiło zmniejszenie 88,9% liczby łóżek planowanej do redukcji. Liczba łóżek była nadal wyższa o 4 od docelowej liczby łóżek,
- ✓ wykorzystanie łóżek było niższe o 16,4% od rekomendowanego,
- ✓ średni czas pobytu był krótszy od górnej granicy czasu rekomendowanego o 1,2 dnia.

#### **RATOWNICTWO MEDYCZNE**

Liczba łóżek w szpitalnych oddziałach ratunkowych (kod: 3300), według stanu na dzień 31 grudnia 2005 roku wynosiła 14, osiągając wskaźnik 0,1 na 10 tysięcy mieszkańców

województwa świętokrzyskiego (Polska 2004r.-0,1). Liczba łóżek zwiększyła się w stosunku do 2002 roku o 5 natomiast liczba oddziałów o 2 (Sandomierz, Włoszczowa).

W 2005 roku wzrosła liczba leczonych do 3 939 osób, czyli o 3 885 osób więcej niż w 2002 roku. Wykorzystanie łóżek w województwie uległo zwiększeniu o 8,5% z 1,6% w 2002r. do 10,1% w 2005r. (Polska 2004r.-23,7%). Średni czas pobytu w wynosił 0,1 dnia (Polska 2004r.-0,4 dnia) i był krótszy w stosunku do 2002r. o 0,9 dnia.

W porównaniu z rekomendowanymi wskaźnikami działalności:

- ✓ liczba oddziałów była nadal mniejsza o 8 od docelowej liczby szpitalnych oddziałów ratunkowych.

#### **ODDZIAŁY ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII**

Liczba łóżek w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii (kod: 4260; 4261; 4262), według stanu na dzień 31 grudnia 2005 roku wynosiła 90, osiągając wskaźnik 0,7 na 10 tysięcy mieszkańców województwa świętokrzyskiego (Polska 2004r.-0,7). Liczba łóżek zwiększyła się w stosunku do 2002 roku o 11.

W 2005 roku wzrosła liczba leczonych do 3 887 osób, czyli o 1 459 osób więcej niż w 2002 roku. Wykorzystanie łóżek w województwie uległo zmniejszeniu o 1,9% z 58,5% w 2002r. do 56,6% w 2005r. (Polska 2004r.-59,2%). Średni czas pobytu w wynosił 4,8 dnia (Polska 2004r.-6,1 dnia) i był krótszy w stosunku do 2002r. o 2,1 dnia.

W porównaniu z rekomendowanymi wskaźnikami działalności:

- ✓ liczba łóżek była wyższa o 11 od docelowej liczby łóżek.

#### **ODDZIAŁY OKULISTYCZNE**

Liczba łóżek w oddziałach okulistycznych (kod: 4600), według stanu na dzień 31 grudnia 2005 roku wynosiła 92, osiągając wskaźnik 0,7 na 10 tysięcy mieszkańców województwa świętokrzyskiego (Polska 2004r.-1,0). Liczba łóżek zmniejszyła się w stosunku do 2002 roku o 17.

W 2005 roku wzrosła liczba leczonych do 4 532 osób, czyli o 384 osoby więcej niż w 2002 roku. Wykorzystanie łóżek w województwie uległo zmniejszeniu o 20,9% z 77,1% w 2002r. do 56,2% w 2005r. (Polska 2004r.-53,7%). Średni czas pobytu w wynosił 4,3 dnia (Polska 2004r.-4,1 dnia) i był krótszy w stosunku do 2002r. o 3,1 dnia.

W porównaniu z rekomendowanymi wskaźnikami działalności:

- ✓ nastąpiło zmniejszenie 65,4% liczby łóżek planowanej do redukcji. Liczba łóżek była nadal wyższa o 9 od docelowej liczby łóżek,
- ✓ wykorzystanie łóżek było niższe o 33,8% od rekomendowanego,
- ✓ średni czas pobytu był krótszy od górnej granicy czasu rekomendowanego o 2,7 dnia.

### **ODDZIAŁY LARYNGOLOGICZNE**

Liczba łóżek w oddziałach laryngologicznych (kod: 4610), według stanu na dzień 31 grudnia 2005 roku wynosiła 168, osiągając wskaźnik 1,3 na 10 tysięcy mieszkańców województwa świętokrzyskiego (Polska 2004r.-1,2). Liczba łóżek zwiększyła się w stosunku do 2002 roku o 22.

W 2005 roku wzrosła liczba leczonych do 8 709 osób, czyli o 2 611 osób więcej niż w 2002 roku. Wykorzystanie łóżek w województwie uległo zmniejszeniu o 12,9% z 73,7% w 2002r. do 60,8% w 2005r. (Polska 2004r.-59,0%). Średni czas pobytu w wynosił 4,2 dnia (Polska 2004r.-4,5) i był krótszy w stosunku do 2002r. o 2,2 dnia.

W porównaniu z rekomendowanymi wskaźnikami działalności:

- ✓ liczba łóżek była wyższa o 47 od docelowej liczby łóżek,
- ✓ wykorzystanie łóżek było niższe o 24,2% od rekomendowanego,
- ✓ średni czas pobytu był krótszy od górnej granicy czasu rekomendowanego o 2,3 dnia.

### **ODDZIAŁY POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNE**

Liczba łóżek w oddziałach położniczo - ginekologicznych (kod: 4450; 4452; 4456), według stanu na dzień 31 grudnia 2005 roku wynosiła 719, osiągając wskaźnik 5,6 na 10 tysięcy mieszkańców województwa świętokrzyskiego (Polska 2004r.-5,3). Liczba łóżek zmniejszyła się w stosunku do 2002 roku o 6.

W 2005 roku wzrosła liczba leczonych do 32 858 osób, czyli o 867 osób więcej niż w 2002 roku. Wykorzystanie łóżek w województwie uległo zmniejszeniu o 4,4% z 64,4% w 2002r. do 60,0% w 2005r. (Polska 2004r.-60,7%). Średni czas pobytu w wynosił 4,8 dnia (Polska 2004r.-4,4 dnia) i był krótszy w stosunku do 2002r. o 0,5 dnia.

W porównaniu z rekomendowanymi wskaźnikami działalności:

- ✓ nastąpiło zmniejszenie 4,8% liczby łóżek planowanej do redukcji. Liczba łóżek była nadal wyższa o 119 od docelowej liczby łóżek,
- ✓ wykorzystanie łóżek było niższe o 20,0% od rekomendowanego,
- ✓ średni czas pobytu był krótszy od górnej granicy czasu rekomendowanego o 0,7 dnia.

### **ODDZIAŁY NOWORODKÓW I WCZEŚNIAKÓW**

Liczba łóżek w oddziałach noworodków i wcześniaków (kod: 4421), według stanu na dzień 31 grudnia 2005 roku wynosiła 429, osiągając wskaźnik 3,3 na 10 tysięcy mieszkańców województwa świętokrzyskiego. Liczba łóżek zmniejszyła się w stosunku do 2002 roku o 11.

W 2005 wykorzystanie łóżek w województwie wynosiło 35,8% natomiast średni czas pobytu wynosił 5,0 dnia.

W porównaniu z rekomendowanymi wskaźnikami działalności:



- ✓ liczba łóżek stanowiła ponad 70% łóżek położniczych.

#### **ODDZIAŁY UROLOGICZNE**

Liczba łóżek w oddziałach urologicznych (kod: 4640), według stanu na dzień 31 grudnia 2005 roku wynosiła 172, osiągając wskaźnik 1,3 na 10 tysięcy mieszkańców województwa świętokrzyskiego (Polska 2004r.-1,0). Liczba łóżek zwiększyła się w stosunku do 2002 roku o 12.

W 2005 roku wzrosła liczba leczonych do 11 843 osób, czyli o 4 007 osób więcej niż w 2002 roku. Wykorzystanie łóżek w województwie uległo zmniejszeniu o 3,1% z 86,9% w 2002r. do 83,8% w 2005r. (Polska 2004r.-65,5%). Średni czas pobytu w wynosił 4,3 dnia (Polska 2004r.-4,4 dnia) i był krótszy w stosunku do 2002r. o 2,2 dnia.

W porównaniu z rekomendowanymi wskaźnikami działalności:

- ✓ liczba łóżek była wyższa o 39 od docelowej liczby łóżek,
- ✓ wykorzystanie łóżek było niższe o 6,2% od rekomendowanego,
- ✓ średni czas pobytu był krótszy od górnej granicy czasu rekomendowanego o 1,7 dnia.

#### **STACJE DIALIZ**

W 2005 roku funkcjonowało w województwie świętokrzyskim 8 stacji dializ (kod: 4132). Dysponowały one według stanu na dzień 31 grudnia 2005 roku 77 stanowiskami dializacyjnymi, osiągając wskaźnik 0,6 stanowiska dializacyjnego na 10 tysięcy mieszkańców województwa. Liczba stanowisk zwiększyła się o 20 w stosunku do 2002 roku.

W 2005 roku wzrosła liczba wykonanych dializ do 51 375, czyli o 11 165 dializ więcej niż w 2002 roku.

W porównaniu z rekomendowanymi wskaźnikami działalności:

- ✓ liczba stacji dializ stanowiła docelową liczbę stacji natomiast liczba stanowisk dializacyjnych była wyższa o 2 od docelowej liczby stanowisk.

#### **ODDZIAŁY DZIENNE**

Szpitalna opieka dzienna jest alternatywną formą opieki krótkoterminowej. Pozwala na zmniejszenie kosztów leczenia i pobytu pacjentów w drodze ograniczenia całodobowej opieki szpitalnej przy jednoczesnym wzroście hospitalizowanych oraz wzroście liczby wykonywanych w nich świadczeń.

W 2005 roku w województwie świętokrzyskim funkcjonowało 11 oddziałów dziennych, w tym 2 oddziały psychiatryczne (kod: 2700), 7 oddziałów rehabilitacyjnych (kod: 4300; 4303; 2300) oraz 2 niepubliczne oddziały okulistyczne (kod: 4600). Dysponowały one według stanu na dzień 31 grudnia 2005 roku łącznie 242 łózkami (miejscami), osiągając

wskaźnik 1,9 na 10 tysięcy mieszkańców województwa. Liczba łóżek (miejsc) w oddziałach dziennych zwiększyła się w stosunku do 2002 roku o 62. W latach 2003-2005:

1. wzrosła –

- liczba oddziałów rehabilitacyjnych o 4. Liczba łóżek w tych oddziałach wzrosła natomiast do 186, czyli o 96,
- liczba oddziałów okulistycznych o 1. Liczba łóżek w tych oddziałach wzrosła o 5 (z 6 łóżek w 2002r. do 11 w 2005r.),

2. zmniejszyła się o 15 liczba łóżek w oddziałach psychiatrycznych (z 60 łóżek w 2002r. do 45 w 2005r.),

3. zostały zlikwidowane –

- 2 oddziały dermatologiczne dysponujące łącznie 15 łózkami,
- 1 oddział reumatologiczny dysponujący 15 łózkami.

W porównaniu z rekomendowanymi wskaźnikami działalności

✓ liczba miejsc w oddziałach dziennych była niższa o 263 od docelowej liczby łóżek.

#### **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.12)

Liczba leczonych w latach 2003 - 2005 wzrosła o 9,8% tj. 1 020 osób w stosunku do 2002r. i wynosiła 11 462 osoby (Tab.13).

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.13)

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.13)

**Tablica 12 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 przewlekle chorych oraz terapii paliatywnej	40	0,3	-16	24	0,2	-1	
Zakłady opiek.-lecznicze, pielęg.-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

**Tablica 13 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
Przewlekle Chorzy 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

#### **DDZIAŁY GRUŻLICY I CHORÓB PŁUC**

Liczba łóżek w oddziałach gruźlicy i chorób płuc (kod: 4270; 4272), według stanu na dzień 31 grudnia 2005 roku wynosiła 294, osiągając wskaźnik 2,3 na 10 tysięcy mieszkańców województwa świętokrzyskiego (Polska 2004r.-2,5). Liczba łóżek zmniejszyła się w stosunku do 2002 roku o 11.

W 2005 roku wzrosła liczba leczonych do 5 710 osób, czyli o 625 osób więcej niż w 2002 roku. Wykorzystanie łóżek w województwie uległo zmniejszeniu o 7,3% z 96,7% w

2002r. do 89,4% w 2005r. (Polska 2004r.-78,2%). Średni czas pobytu w wynosił 17,0 dni (Polska 2004r.-11,9 dnia) i był krótszy w stosunku do 2002r. o 3,5 dnia.

W porównaniu z rekomendowanymi wskaźnikami działalności:

- ✓ liczba łóżek była wyższa o 19 od docelowej liczby łóżek,
- ✓ wykorzystanie łóżek było niższe o 0,6% od rekomendowanego,
- ✓ średni czas pobytu był krótszy od górnej granicy czasu rekomendowanego o 2,0 dni.

#### **ODDZIAŁY REHABILITACJI DOROSŁYCH**

Liczba łóżek w oddziałach rehabilitacji dorosłych (kod: 4300; 4302), według stanu na dzień 31 grudnia 2005 roku wynosiła 168, osiągając wskaźnik 1,3 na 10 tysięcy mieszkańców województwa świętokrzyskiego. Liczba łóżek zwiększyła się w stosunku do 2002 roku o 43.

W 2005 roku zmniejszyła się liczba leczonych do 2 321 osób, czyli o 1 115 osób mniej niż w 2002 roku. Wykorzystanie łóżek w województwie uległo zmniejszeniu o 8,7% (z 96,9% w 2002r. do 88,2% w 2005r.). Średni czas pobytu w wynosił 22,6 dnia i był dłuższy w stosunku do 2002r. o 9,7 dnia.

W porównaniu z rekomendowanymi wskaźnikami działalności:

- ✓ nastąpiło zwiększenie 79,6% liczby łóżek planowanej do utworzenia. Liczba łóżek była nadal niższa o 11 od docelowej liczby łóżek,
- ✓ wykorzystanie łóżek było niższe o 6,8% od rekomendowanego,
- ✓ średni czas pobytu był dłuższy od górnej granicy czasu rekomendowanego o 2,1 dnia.

#### **ODDZIAŁY REHABILITACJI DZIECIĘCEJ**

Liczba łóżek w oddziałach rehabilitacji dziecięcej (kod: 4301; 4303), według stanu na dzień 31 grudnia 2005 roku wynosiła 85, osiągając wskaźnik 0,7 na 10 tysięcy mieszkańców województwa świętokrzyskiego. Liczba łóżek zwiększyła się w stosunku do 2002 roku o 15.

W 2005 roku wzrosła liczba leczonych do 1 205 osób, czyli o 367 osób więcej niż w 2002 roku. Wykorzystanie łóżek w województwie uległo zmniejszeniu o 3,4% (z 109,3% w 2002r. do 105,9% w 2005r.). Średni czas pobytu w wynosił 27,3 dnia i był krótszy w stosunku do 2002r. o 6,0 dni.

W porównaniu z rekomendowanymi wskaźnikami działalności:

- ✓ liczba łóżek była niższa o 5 od docelowej liczby łóżek,
- ✓ wykorzystanie łóżek było wyższe o 10,9% od rekomendowanego,
- ✓ średni czas pobytu był krótszy od górnej granicy czasu rekomendowanego o 2,7 dnia.

#### **ZAKŁADY / ODDZIAŁY OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ**

Liczba łóżek w oddziałach / zakładach opieki długoterminowej (kod: 4170; 4180; 5160; 5170; 5180), według stanu na dzień 31 grudnia 2005 roku wynosiła 508, w tym 24

łóżka w oddziałach opieki długoterminowej (zmniejszenie o 16 w stosunku do 2002r.) oraz 484 w zakładach opieki długoterminowej (zwiększenie o 206 w stosunku do 2002r.). Łączna liczba łóżek w oddziałach i zakładach zwiększyła się natomiast o 190 w stosunku do 2002 roku, w tym 67,9% stanowiły łóżka w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej. Łączny wskaźnik liczby łóżek na 10 tysięcy mieszkańców województwa świętokrzyskiego w oddziałach i zakładach wynosił 4,0.

W 2005 roku wzrosła liczba leczonych do 2 226 osób, czyli o 1 143 osoby więcej niż w 2002 roku. Wykorzystanie łóżek w województwie uległo zmniejszeniu o 2,3% (z 83,6% w 2002r. do 81,3 w 2005r.). Średni czas pobytu w wynosił 67,7 dnia i był dłuższy w stosunku do 2002r. o 9,1 dnia.

W porównaniu z rekomendowanymi wskaźnikami działalności:

- ✓ liczba łóżek była niższa o 1 od docelowej liczby łóżek.

#### **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 (miejsce) w dziennych oddziałach psychiatrycznych zmniejszyła się w tym samym czasie o 15. (Tab.14)

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.15)

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.

**Tablica 14 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)

**Tablica 15 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>

W 2005 roku na terenie województwa funkcjonowało 33 zakłady lecznictwa 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.16)

Największa liczba ubezpieczonych<sup>28</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%,

---

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

- ✓ 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 leczenia stacjonarnego. Powstały nowe niepubliczne podmioty natomiast liczba świadczeniodawców publicznych nie uległa zmianie.
2. Prowadzone były działania zmierzające do zmiany struktury łóżek Nastąpiło:
  - 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.

**Tablica 16 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>KRÓTKOTERMONO WA</b>	35	4 498	771	5 484	41,6	-215	5 269	41,0	426
<b>DŁUGOTER</b>   <b>sp zoz</b>	14	1 799	-744	708	5,4	108	816	6,3	2



MINOWA **	n zoz					129	239	1,9	
PSYCHIATRYCZNA	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

### **Wstępna propozycja metodologii opracowania kierunków zmiany liczby łóżek w poszczególnych specjalnościach medycznych<sup>29</sup>**

Analiza danych dotyczących umieralności i hospitalizacji oraz wskaźników działalności oddziałów leczenia stacjonarnego w województwie w porównaniu z analogicznymi wskaźnikami działalności szpitali ogólnych w Polsce stanowiła podstawę określenia **rekomendowanych wskaźników średniego czasu leczenia oraz wykorzystania łóżek w poszczególnych specjalnościach medycznych** a następnie wyliczenia optymalnej liczby łóżek. Liczbę łóżek zapewniającą bezpieczeństwo zdrowotne mieszkańcom w poszczególnych specjalności medycznych obliczono, dla średniej liczby leczonych w latach 2001 – 2005 oraz przyjętych kierunkowych wskaźników średniego czasu leczenia i wykorzystania łóżek, wg wzoru:

**optymalna liczba łóżek** = nowa liczba osobodni (średnia liczba leczonych w latach 2001-2005 \* rekomendowany przeciętny pobyt w dniach) / rekomendowane wykorzystanie łóżek / 365 \* 100

<sup>29</sup> analogiczna do metodologii przyjętej w RPR ZOZ WŚ na lata 2003 - 2005

**Metodologia opracowania kierunków zmiany liczby łóżek poszczególnych specjalności medycznych w województwie świętokrzyskim w latach 2006 – 2013**

oddział	łóżka 2005	łóżka wg rek.wskaz	różnica wg wskaźników	zmiana	l.łóżek po zmianie	leczeni						nowe osobodni	rek. pobyt (w dniach)	rek. wykorzyst. łóżek (w%)
						2001	2002	2003	2004	2005	średnia			
wewnętrzny (kod 4000)	1 018					43 153	44 393	43 453	43 491	41 564	43 211			
kardiologia (kod 4100)	322					8 874	11 813	12 599	13 450	16 393	12 626			
nefrologia (kod 4130; 4131)	59					2 529	2 493	2 380	2 814	2 789	2 601			
reumatologia (kod 4280)	116					3 477	3 741	3 591	2 181	2 421	3 082			
pediatryczne (kod 4001; 4031; 4273; 4401; 4403)	399					15 651	16 850	16 343	16 609	16 898	16 470			
specjalistyka dziecięca (kod 4056; 4073; 4221; 4349; 4501; 4581)	202					9 338	9 138	8 818	9 723	9 766	9 357			
neurologia (kod 4220)	303					9 924	10 619	10 441	10 527	10 968	10 496			
dermatologia (kod 4200)	53					1 607	1 738	1 652	1 718	1 808	1 705			
obserwacyjno-zakaźny (kod 4340; 4348)	178					6 052	6 330	6 765	6 289	6 313	6 350			
chirurgiczny (kod 4500)	703					31 545	32 324	34 183	35 657	36 004	33 943			
urazowo-ortopedyczny (kod 4580)	324					12 554	13 853	13 398	13 394	12 904	13 221			
okulistyczny (kod 4600)	92					3 854	4 148	4 462	4 997	4 532	4 399			
laryngologiczny (kod 4610)	168					5 780	6 098	6 143	8 230	8 709	6 992			
położ.-ginekolog. (kod 4450; 4452; 4456)	719					31 647	31 991	31 901	32 901	32 858	32 260			
urologiczny (kod 4640)	172					7 397	7 836	9 019	10 327	11 843	9 284			
gruźlicy i ch.płuc (kod 4270; 4272;)	294					4 969	5 085	4 718	5 645	5 710	5 225			
rehabilitacji dorośli (kod 4302; 4300)	168					2 571	3 436	3 396	2 407	2 321	2 826			
rehabilitacji dzieci. (kod 4301; 4303)	85					801	838	956	1 214	1 205	1 003			
psychiatryczne (kod 4700; 4701; 4704; 4710; 4714; 4742; 4744)*	996					8 274	9 072	9 464	9 810	9 522	9 228			

\* oddziały psychiatryczne - minimalne wskaźniki przyjęte zostały w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie docelowej sieci zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej

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

Tablica 17 Realizacja przyjętych w RPR ZOZ WŚ na lata 2003 - 2005 kierunków restrukturyzacji poszczególnych poziomów regionalnego systemu ochrony zdrowia

poziom działalności systemu	przyjęte w RPR ZOZ WŚ na lata 2003 – 2005 kierunki restrukturyzacji	realizacja – stan w dniu 31.12.2005r.
podstawowa opieka zdrowotna	<p>1. zakres kontraktowanych usług w ramach podstawowej opieki zdrowotnej obejmować powinien usługi z zakresu : medycyny rodzinnej i ogólnej, pediatrii, ginekologii oraz położnictwa w zakresie podstawowym</p>	<p>1. 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</p> <p>2. świadczenia w zakresie POZ <u>nie obejmują</u> świadczeń udzielanych przez lekarza położnika - ginekologa w zakresie ginekologii oraz położnictwa w zakresie podstawowym</p>
	<p>2. przekształcenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w zakłady niepubliczne, grupowe lub indywidualne praktyki lekarzy, pielęgniarek, położnych</p>	<p>1. 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.)</p> <p>2. 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.)</p>
	<p>3. sprawowanie opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania i nauki przez lekarzy rodzinnych, pielęgniarki i położne rodzinne oraz pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania</p>	<p>1. opieka sprawowana jest przez lekarza POZ (lekarz chorób wewnętrznych, lekarz rodzinny, lekarz medycyny ogólnej, pediatra), pielęgniarkę POZ, położną POZ, pielęgniarkę szkolną</p>
	<p>4. 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</p>	<p>1. 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</p>
	<p>5. 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</p>	<p>1. 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</p>

	<p>6. rozwój opieki domowej</p>	<p>świadczenia opieki domowej realizowane były w ramach<sup>30</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>30</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>31</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>32</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>31</sup> Źródło: dane Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach (stan w dniu 19 lipiec 2006r.).

<sup>32</sup> Źródło: dane Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach (stan w dniu 19 lipiec 2006r.).

	<p>4. rozwój sieci placówek świadczących opiekę stomatologiczną, umożliwiających mieszkańcom dostęp do świadczeniodawców w czasie nie dłuższym niż 1 godzina dojazdu środkami transportu publicznego</p>	<p>1. 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>
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	<p>1. określenie rodzajów poradni, które zaspakajają potrzeby w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dla populacji poszczególnych powiatów oraz dla populacji województwa</p>	<p>1. wskazano 13 specjalności medycznych, do których mieszkańcy regionu powinni mieć zapewnioną dostępność na terenie poszczególnych powiatów</p> <p>2. 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>3. większość poradni, których dostępność powinna być zapewniona na terenie województwa zlokalizowana była na terenie Miasta Kielce</p>
	<p>2. skoordynowanie działań z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej oraz lecznictwem stacjonarnym</p>	<p>1. w RPR ZOZ WŚ na lata 2003 – 2005 nie zostały przyjęte wskaźniki monitorowania realizacji przyjętego kierunku</p>
	<p>3. usprawnienie procesów diagnostycznych oraz poszerzenie zakresu usług wykonywanych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej</p>	<p>1. w RPR ZOZ WŚ na lata 2003 – 2005 nie zostały przyjęte wskaźniki monitorowania realizacji przyjętego kierunku</p>
	<p>4. 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>1. w RPR ZOZ WŚ na lata 2003 – 2005 nie zostały przyjęte wskaźniki monitorowania realizacji przyjętego kierunku</p>
	<p>5. funkcjonalna integracja świadczeniodawców z zakładami stacjonarnej opieki zdrowotnej</p>	<p>1. 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>33</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>34</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>35</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>36</sup></p>

<sup>33</sup> Źródło: [www.rjrm.rejestrzoz.gov.pl/rzoz/](http://www.rjrm.rejestrzoz.gov.pl/rzoz/)

<sup>34</sup> Źródło: [www.rjrm.rejestrzoz.gov.pl/rzoz/](http://www.rjrm.rejestrzoz.gov.pl/rzoz/)

<sup>35</sup> Źródło: Wojewódzki Plan Zabezpieczenia Medycznych Działań Ratowniczych na rok 2007. Pełnomocnik Wojewody Świętokrzyskiego do Spraw Ratownictwa Medycznego, Kielce 2006.

<sup>36</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>37</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>37</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>38</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>a- zmniejszenie łóżek w opiece krótkoterminowej, z jednoczesną zmianą liczby łóżek w poszczególnych dyscyplinach medycznych</p> <p>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>c- zwiększenie łóżek w opiece długoterminowej, w tym przeznaczenie 1 łóżka na 20 tys mieszkańców dla potrzeb stacjonarnej opieki paliatywnej</p> <p>d- 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>a- 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 - lecznictwo stacjonarne,</p> <p>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>c- 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>d- 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>38</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 wysokospecjalistycznych 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>

### 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. Brak aktualizacji rozporządzeń wykonawczych do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (art.6 ust.2 – docelowa sieć zakładów psychiatrycznych) oraz ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (atr.37 – plan rozmieszczenia szpitali publicznych).</li> <li>5. Narastające dysproporcje w poziomie rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia pomiędzy województwami.</li> </ol>

## **4. Cele Regionalnego Programu 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>39</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>40</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>41</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>39</sup> Źródło: Czupryna A., Poździej St. Ryś A., Włodarczyk C.: Zdrowie Publiczne. UWM „Vesalius”, Kraków 2000.

<sup>40</sup> Źródło: Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny NPZ: Narodowy Program Zdrowia 1996 – 2005. BPSwOZ MZiOS, Warszawa 1996.

<sup>41</sup> Źródło: Czupryna A., Poździej 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 „ostrej”, „przewlekłej” oraz „terminalnej” fazy hospitalizacji.

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 podeszłym wieku, w tym przystosowanie zakładów do prowadzenia opieki długoterminowej, pielęgnacyjno – opiekuńczej oraz paliatywno – hospicyjnej.

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 następuje wzrost przeciętnej długości trwania życia wpływając na zwiększenie odsetka osób w wieku poprodukcyjnym. Wraz z wiekiem zmienia się również znaczenie poszczególnych grup chorób stanowiących przyczynę utraty życia. Zmiany struktury demograficznej mieszkańców wpływają w konsekwencji na wzrost obciążenia określonymi chorobami stanowiącymi przyczynę zgonów i niepełnosprawności. Istotne staje się dostosowanie struktury do obecnych i przewidywanych potrzeb zdrowotnych oraz wyposażenie regionalnego systemu ochrony 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.

#### **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.

#### **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 2004 roku wyposażenie lecznictwa stacjonarnego w wybrany sprzęt na 100 tys. ludności wynosiło: analizatory biochemiczne 1,9 – 16 miejsce w kraju (Polska 2,7), aparat RTG z torem wizyjnym 1,63 – 15 miejsce (Polska 2,34), tomograf komputerowy 0,47 – 10 miejsce (Polska 0,55), rezonans magnetyczny 0,08 - 14 miejsce (Polska 0,14). 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. 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.

**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.

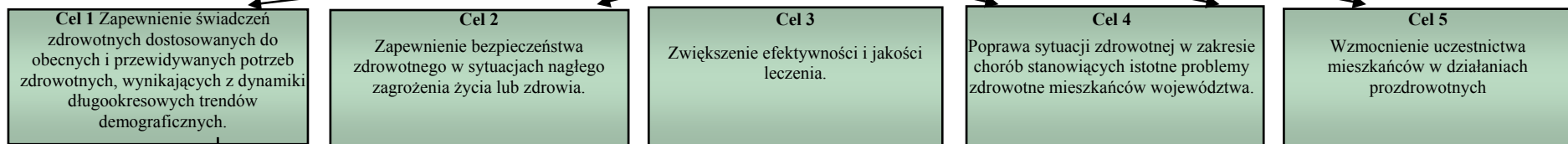


# REGIONALNY PROGRAM RESTRUKTURYZACJI ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO DO 2013 ROKU

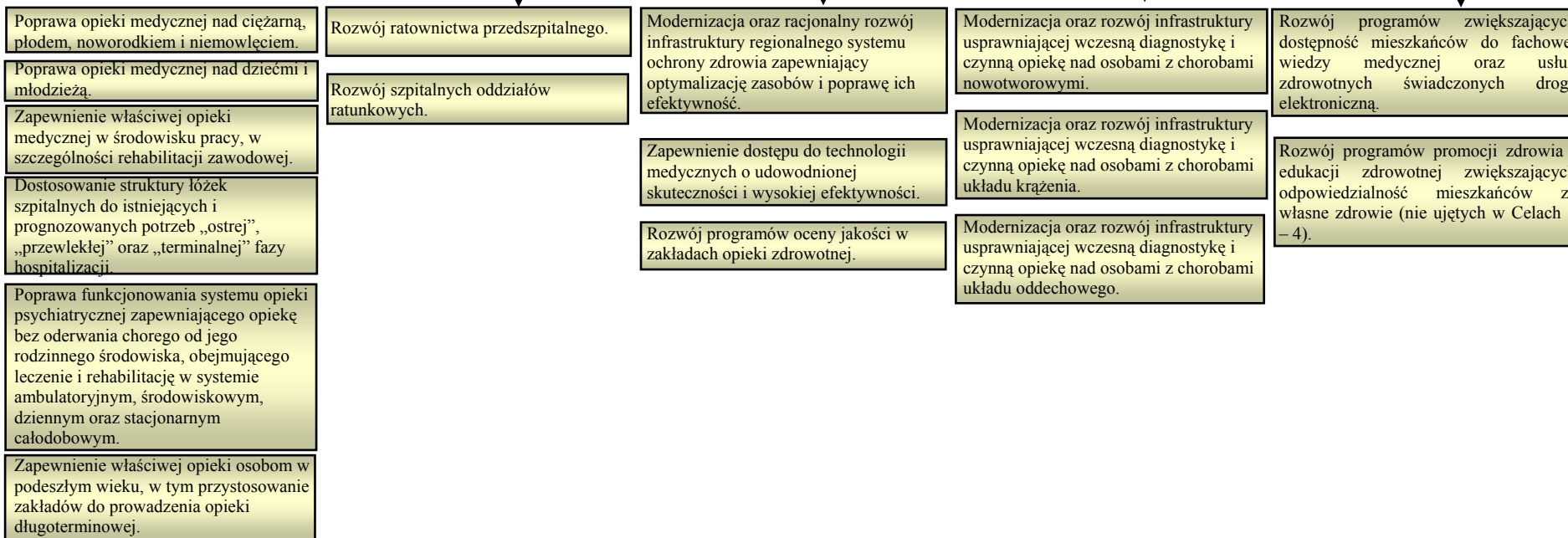
cel nadrzędny

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 był na terenie województwa świętokrzyskiego od 2000 roku. Stanowił on jeden z priorytetów polityki zdrowotnej regionu, ujętej w Strategii Rozwoju Województwa Świętokrzyskiego<sup>42</sup> w ramach celu odnoszącego się do rozwoju zasobów ludzkich i bezpieczeństwa społecznego. W związku z:

- ✓ aktualizacją Strategii Rozwoju Województwa Świętokrzyskiego do 2020 roku<sup>43</sup>,
- ✓ upływem terminu realizacji obecnej edycji Programu na lata 2003 – 2005<sup>44</sup> oraz
- ✓ przyjęciem przez Radę Ministrów Strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007 – 2013

cele Regionalnego Programu 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 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.

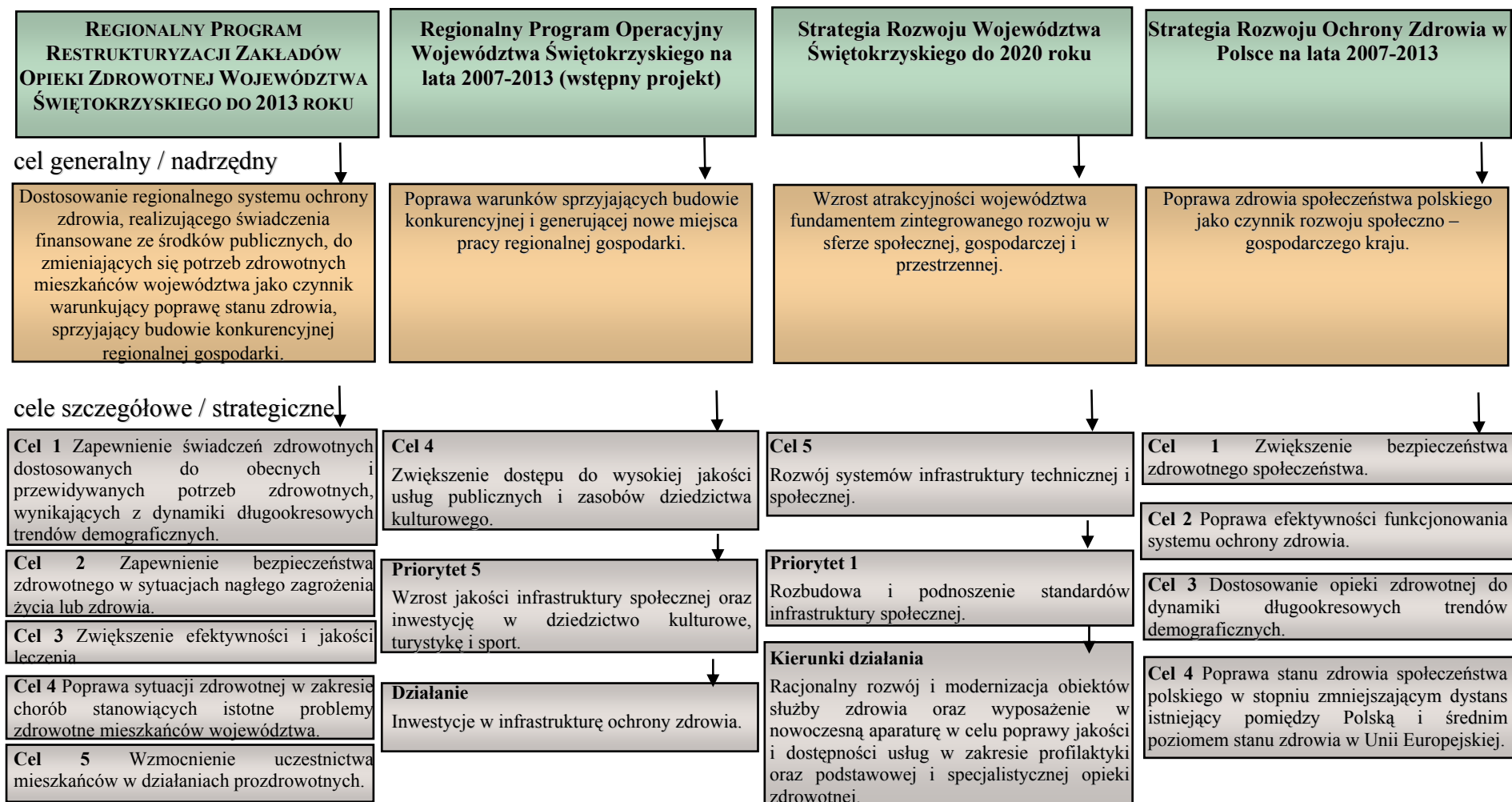
---

<sup>42</sup> Uchwała Nr XIV/225/2000 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 30 czerwca 2000 roku w sprawie uchwalenia strategii rozwoju województwa

<sup>43</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>44</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 urodzeń martwych	GUS
2.		Liczba zgonów niemowląt i wskaźnik zgonów niemowląt na 1 000 urodzeń żywych	GUS
3.		Urodzenia żywe według wagi noworodka poniżej 2 500 g	GUS
4.		Liczba programów zdrowotnych oraz liczba osób objętych każdym programem	ŚOW NFZ
5.		Liczba placówek realizujących poszczególne programy zdrowotne wg powiatów	ŚOW NFZ
6.	<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
7.		Odsetek uczniów, którym wykonano profilaktyczne badanie lekarskie	ŚCMOZ
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 „ostrej”, „przewlekłej” oraz „terminalnej” fazy hospitalizacji.	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 specjalnościach medycznych	ŚOW NFZ
20.		Liczba zabiegów wykonanych w leczeniu jednego dnia w poszczególnych specjalnościach medycznych	ŚOW NFZ

21.	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.	Liczba i wskaźnik psychiatrycznych łóżek ogółem w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej na 10 tys. ludności	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.	1.6 – Zapewnienie właściwej opieki osobom w podeszłym wieku, w tym przystosowanie zakładów do prowadzenia opieki długoterminowej, pielęgnacyjno – opiekuńczej oraz paliatywno – hospicyjnej.	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 - Zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego w sytuacjach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia.</b>			
32.	2.1 – 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	ŚOW NFZ
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 Sektorowych 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 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. Programy Operacyjne służące realizacji Narodowej Strategii Spójności na lata 2007 – 2013 - Infrastruktura i Środowisko, Innowacyjna Gospodarka i Kapitał Ludzki,
3. Program Operacyjny Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Norweskiego Mechanizmu Finansowego.

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 projektowania i wdrażania programów profilaktycznych w miejscu pracy oraz realizacji projektów dotyczących zapobiegania wypadkom przy pracy i ograniczania chorób zawodowych.



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