

**Departament Polityki Zdrowotnej
Urzędu Marszałkowskiego w Łodzi**

Monitoring

**PROGRAMU WOJEWÓDZKIEGO
- STRATEGII POLITYKI ZDROWOTNEJ
WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO NA LATA 2006 – 2013**

Część I

REALIZACJA CELÓW PROGRAMU W LATACH 2006 – 2007

Listopad 2008

SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE		2
CEL GŁÓWNY	PODNIESIENIE STANU ZDROWOTNOŚCI MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO	5
CEL I	POPRAWA JAKOŚCI USŁUG MEDYCZNYCH	7
Zadanie I.1	Dostosowanie placówek ochrony zdrowia do wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim mają odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.	8
Zadanie I.2	Termomodernizacja, wymiana nośników energii.	11
Zadanie I.3	Wprowadzenie systemów jakości w ochronie zdrowia (akredytacja), wprowadzenie standardów związanych ze świadczeniem usług medycznych, certyfikacja procedur.	12
Zadanie I.4	Stosowanie nowych technologii medycznych (zakup aparatów i urządzeń medycznych).	13
CEL II	POPRAWA DOSTĘPU DO USŁUG MEDYCZNYCH	16
Zadanie II.1	Wzmocnienie roli i znaczenia podstawowej opieki zdrowotnej w systemie świadczeń medycznych.	16
Zadanie II.2	Racjonalizacja rozmieszczenia placówek ochrony zdrowia (specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne, szpitale lokalne, szpitale podregionalne).	20
Zadania II.3	Podwojenie liczby miejsc w placówkach opieki długoterminowej.	24
Zadanie II.4	Zwiększenie bazy leczenia psychiatrycznego.	25
CEL III	POPRAWA BEZPIECZEŃSTWA ZDROWOTNEGO	36
Zadanie III.1	Rozbudowa Zintegrowanego Systemu Ratownictwa Medycznego.	36
Zadanie III.2	Utworzenie ośrodka leczenia osób narażonych na broń biologiczną (izolatorium).	40
Zadanie III.3	Budowa systemu realizacji świadczeń w ramach nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej w oparciu o podstawową opiekę zdrowotną.	41
CEL IV	PROMOCJA ZDROWIA I ZAPOBIEGANIE CHOROBY	43
Zadania IV.1	Kontynuacja Wojewódzkiego Programu Gruźlicy Płuc i Chorób Nowotworowych Układu Oddechowego.	43
Zadania IV.2	Wdrożenie i prowadzenie Programu Zdrowotnego Wczesnego Wykrywania Jaskry.	44
Zadanie IV.3	Wspieranie działań służących promocji zdrowia i profilaktyce chorób oraz inicjatyw wspierających prozdrowotny styl życia.	44
CEL V	POPRAWA FUNKCJONOWANIA SYSTEMU INFORMACJI I WIEDZY W OCHRONIE ZDROWIA	48
Zadanie V.1	Budowa Regionalnego Systemu Informacji Medycznej (RSIM – Łódź).	48
Zadanie V.2	Wzrost wykorzystania rozwiązań teleinformatycznych w zakładach opieki zdrowotnej	48

Załączniki

MONITORING „PROGRAMU WOJEWÓDZKIEGO – STRATEGII POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO NA LATA 2006 – 2013”

WPROWADZENIE

„Program Wojewódzki - Strategia Polityki Zdrowotnej Województwa Łódzkiego na lata 2006-2013”, zwany w dalszej części „Strategią Polityki Zdrowotnej”, został przyjęty uchwałą LIII/886/2006 Sejmiku Województwa Łódzkiego z dnia 28 marca 2006 roku, jako dokument określający kierunki regionalnej polityki zdrowotnej oraz rozwoju sektora ochrony zdrowia w najbliższych latach.

Głównym celem Strategii Polityki Zdrowotnej jest „Podniesienie stanu zdrowotności mieszkańców województwa łódzkiego”. Cel ten będzie możliwy do osiągnięcia poprzez realizację szesnastu zadań określonych w pięciu celach szczegółowych:

- Cel szczegółowy I - Poprawa jakości usług medycznych.
- Cel szczegółowy II - Poprawa dostępu do usług medycznych.
- Cel szczegółowy III - Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego.
- Cel szczegółowy IV - Promocja zdrowia i zapobieganie chorobom.
- Cel szczegółowy V - Poprawa funkcjonowania systemu informacji i wiedzy w ochronie zdrowia.

Począwszy od 2008 roku realizacja Strategii Polityki Zdrowotnej podlega monitorowaniu. Monitoring ma na celu określenie stopnia realizacji poszczególnych celów szczegółowych. Ponadto umożliwia on podsumowanie zachodzących zmian we wskaźnikach stanu zdrowia oraz opieki zdrowotnej w województwie łódzkim, a tym samym pozwala ocenić, czy istnieją możliwości osiągnięcia celu głównego.

Opracowanie zawiera wyniki monitoringu Strategii Polityki Zdrowotnej za pierwsze dwa lata jej funkcjonowania (lata 2006-2007) i składa się z dwóch części.

- Część I - w sposób szczegółowy opisuje realizację każdego z zadań, w oparciu o przyjęte wskaźniki monitoringu. Ponadto przedstawiono czynniki zewnętrzne, które miały istotny wpływ na realizację niektórych założeń.
- Część II - zawiera diagnozę stanu zdrowia mieszkańców województwa łódzkiego w latach 2006 i 2007.

Zamieszczone w opracowaniu dane zebrano zgodnie z przygotowanymi dla każdego celu szczegółowego ankietami zawierającymi określone wskaźniki monitoringu (wzór ankiet stanowi załącznik nr 1 do opracowania). Dane pochodzą z 52 placówek ochrony zdrowia oraz z innych podmiotów związanych z ochroną zdrowia m.in. z Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi, czy Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Łodzi.

Zaledwie w ciągu dwóch lat od momentu przyjęcia Strategii Polityki Zdrowotnej nastąpiły zmiany (bądź pojawiły się zapowiedzi zmian) w przepisach prawnych, które mają duży wpływ na realizację zapisów niniejszego dokumentu. W związku z powyższym już dzisiaj wiadomo, że niektóre z zadań nie są możliwe do realizacji w zamierzony sposób.

Do najważniejszych zmian legislacyjnych należą:

- wejście w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 roku w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2006 roku Nr 213 poz. 1568 ze zm.), które zastąpiło rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 roku w tej sprawie.
- wejście w życie ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2006 roku Nr 191 poz. 1410 ze zm.).
- nowelizacja ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 1994 roku Nr 111 poz. 535 ze zm.), zakładająca opracowanie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Ponadto w latach 2006-2007 istotnie zmieniały się plany w zakresie dalszego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Wynikały one początkowo z projektu ustawy o sieci szpitali, a następnie z zapowiedzi przekształcania szpitali w spółki prawa handlowego. Niniejsze koncepcje miały zdecydowany wpływ na założenia Strategii Polityki Zdrowotnej, szczególnie w odniesieniu do propozycji racjonalizacji świadczeń medycznych w województwie łódzkim.

Rozpatrując czynniki, które odgrywają dużą rolę w realizacji Strategii Polityki Zdrowotnej, należy wspomnieć o pojawieniu się możliwości pozyskania dodatkowych środków finansowych z funduszy unijnych, w związku z nowym okresem programowania (Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia 2007-2013 wspierające wzrost gospodarczy i zatrudnienie).

Do najważniejszych Programów, w ramach których beneficjenci mogą się ubiegać o dofinansowanie w zakresie ochrony zdrowia należą:

- Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2007-2013 (RPO WŁ), w ramach Osi priorytetowej V w działaniu V.1. – infrastruktura ochrony zdrowia.

Należy zaznaczyć, że w związku z RPO WŁ, zachodzi szansa na realizację dwóch ważnych zadań określonych w Strategii Polityki Zdrowotnej, poprzez umieszczenie ich w Indykatorywnym Wykazie Indywidualnych Projektów Kluczowych. Są to projekty:

1. „Poprawa stanu bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców Województwa Łódzkiego poprzez utworzenie na bazie oddziałów zakaźnych Centrum Diagnozowania i Leczenia Chorób Zakaźnych w WSSZ. im. dr Wł. Biegańskiego” – Cel szczegółowy III, Zadanie III.2 Strategii Polityki Zdrowotnej,
2. Regionalny System Informacji Medycznej Województwa Łódzkiego (Akronim projektu: RSIM) - Cel szczegółowy V, Zadanie V.1 Strategii Polityki Zdrowotnej,

co umożliwi ich kompleksową realizację.

- Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko - w ramach Osi priorytetowej XII: Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia;
- Program Operacyjny Kapitał Ludzki - w ramach którego możliwe jest wsparcie finansowe dla projektów w zakresie opracowywania programów profilaktycznych, doskonalenia zawodowego kadr medycznych, czy też podniesienia jakości zarządzania w ochronie zdrowia.

Ponadto w dniu 20 grudnia 2007 roku Minister Rozwoju Regionalnego podpisała umowę ramową dotyczącą wdrażania Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy, który stanowi bezzwrotną pomoc zagraniczną przyznaną przez Szwajcarię Polsce, a także 9 innym państwom członkowskim Unii Europejskiej, które wstąpiły do UE w dniu 1 maja 2004 roku. Wsparciem w ramach niniejszego Programu objęte zostaną m.in. projekty z zakresu ochrony zdrowia (np. profilaktyka i kampanie promocji zdrowia).

Jak wynika z przedstawionych powyżej informacji, na realizację zapisów zawartych w Strategii Polityki Zdrowotnej ma wpływ wiele czynników, które mogą spowodować wzrost znaczenia pewnych zadań lub też dezaktualizację innych.

Pewnym jest jednak, że osiągnięcie celów określonych w Strategii Polityki Zdrowotnej wymaga, jak każde działanie o zasięgu wojewódzkim, woli i chęci współpracy pomiędzy różnymi podmiotami podejmującymi decyzje odnośnie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w województwie łódzkim.

Dążenie do osiągnięcia poszczególnych celów szczegółowych przez poszczególnych uczestników systemu, nawet w sposób zmodyfikowany, wynikający ze zmian wprowadzanych na poziomie centralnym, wpłynie korzystnie na uporządkowanie systemu opieki zdrowotnej w województwie łódzkim, a w konsekwencji na osiągnięcie głównego celu, jakim jest podniesienie stanu zdrowotności mieszkańców województwa łódzkiego.

CEL GŁÓWNY

PODNIESIENIE STANU ZDROWOTNOŚCI MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO

Za cel główny „Programu Wojewódzkiego - Strategii Polityki Zdrowotnej Województwa Łódzkiego na lata 2006-2013” uznano **Podniesienie stanu zdrowotności mieszkańców województwa łódzkiego**. Dokładna ocena stopnia realizacji celu głównego w latach 2006-2007 nie jest możliwa, gdyż ewentualne zmiany w stanie zdrowia populacji, warunkowane licznymi czynnikami, można zaobserwować jedynie z dłuższej perspektywy.

Województwo łódzkie zajmuje 9 miejsce w Polsce pod względem wielkości powierzchni oraz 6 miejsce pod względem liczby ludności.

Od wielu lat maleje liczba ludności województwa, zarówno w miastach, jak i na obszarach wiejskich. Charakterystycznym zjawiskiem regionu jest również starzenie się populacji – wzrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym i spadek liczby mieszkańców w wieku produkcyjnym i przedprodukcyjnym, co z kolei znajduje odzwierciedlenie w sytuacji epidemiologicznej.

Niewątpliwie korzystnym dla regionu jest obserwowany od 2004 roku wzrost liczby urodzeń żywych (22.473 urodzeń w 2004 roku, 23.395 w 2006) oraz spadek odsetka urodzeń noworodków z masą ciała poniżej 2.500 gramów z 7,22% w 2004 do 6,6% w 2006 roku.

Niepokojący jest natomiast wzrost współczynnika zgonów w województwie łódzkim -w 2004 roku wynosił on 11,70, zaś w 2006 roku 12,17/1.000 ludności. Tendencja ta może się jednak utrzymywać z uwagi na strukturę wiekową populacji.

Przyrost naturalny w regionie łódzkim od lat charakteryzuje się wartością ujemną i utrzymuje się na podobnym poziomie, -3,08/ 1.000 ludności w 2004 roku, -3,09 w 2006 roku.

W porównaniu z rokiem 2004 odnotowano minimalne zmiany w strukturze zgonów. Dominującą przyczyną zgonów w województwie łódzkim są choroby układu krążenia, choć ich udział procentowy wykazuje tendencję malejącą. W 2004 roku choroby układu krążenia stanowiły 46,7% wszystkich zgonów, a w 2005 roku 46,1%. Spada również odsetek zgonów spowodowanych nowotworami (z 22,9% w 2004 roku do 22,3% w roku kolejnym). Rośnie natomiast udział procentowy zgonów wywołanych przyczynami zewnętrznymi (6,70% w 2004 roku, 6,85% w roku 2005).

Nie zarejestrowano znaczących zmian w zakresie epidemiologii chorób zakaźnych w województwie łódzkim. Wysokie współczynniki zapadalności, tak jak w latach poprzednich, odnotowano w przypadku wirusowego zapalenia wątroby typu B i C.

W stosunku do roku 2004 wyraźnie zmalała liczba porad udzielonych w specjalistycznej opiece zdrowotnej. W roku 2004 udzielono 7.118.538 porad, a w 2007 - 6.692.397. Mieszkańcy województwa najczęściej korzystali z poradni stomatologicznych, ginekologiczno-położniczych, okulistycznych, chirurgii urazowo-ortopedycznej, otolaryngologicznych oraz chirurgii ogólnej. Wzrosła natomiast liczba porad udzielanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. W 2004 roku udzielono ich 10.483.632 (26,2% w poradniach dla dzieci), podczas gdy w roku 2007 liczba porad wyniosła 11.636.821 (25,1% w poradniach dziecięcych).

Ogółem, w 2007 roku liczba leczonych w zakładach opieki stacjonarnej w ramach hospitalizacji całodobowej (bez ruchu międzyoddziałowego) wyniosła 552.240 osób, co oznacza, iż liczba leczonych wzrosła w porównaniu z rokiem 2005 o 2,32%. Pacjenci hospitalizowani byli głównie z powodu chorób układu krążenia, nowotworów oraz z powodu urazów, zatruc i innych czynników zewnętrznych.

Szczegółowe informacje dotyczące stanu zdrowia mieszkańców województwa łódzkiego w latach 2006-2007, wraz z danymi demograficzno-epidemiologicznymi oraz opisem innych czynników warunkujących zdrowie populacji, zawarte zostały w drugiej części niniejszego opracowania pn. „Diagnoza stanu zdrowia mieszkańców województwa łódzkiego”.

CEL SZCZEGÓŁOWY I POPRAWA JAKOŚCI USŁUG MEDYCZNYCH

Do oceny stopnia realizacji Celu szczegółowego I w latach 2006 i 2007 wykorzystano dane ankietowe udostępnione przez 52 jednostki ochrony zdrowia, w tym: 20 jednostek podległych Samorządowi Województwa Łódzkiego, 22 jednostki podległe samorządom terytorialnym, 2 jednostki podległe Ministerstwu Zdrowia, 7 jednostek podległych Senatowi Uniwersytetu Medycznego oraz jedną placówkę niepubliczną Szpital Zakonu Bonifratrów Św. Jana Bożego w Łodzi. Informacji zwrotnej nie uzyskano z ZOZ MSWiA w Łodzi.

Szczegółowe dane dotyczące wielkości środków finansowych wydatkowanych na realizację poszczególnych zadań przedstawia Tabela Nr 1.

Tabela Nr 1.

Wydatkowanie środków finansowych na poszczególne zadania w latach 2006 i 2007 wg organów założycielskich (opracowanie własne)

Organ założycielski/zadanie	2006	2007	Suma
Samorząd Województwa - ogółem	39.776.093,29	27.078.641,29	66.854.734,58
Zadanie I.1	18.630.173,23	12.977.663,47	31.607.836,70
Zadanie I.2	7.667.552,06	4.986.478,11	12.654.030,17
Zadanie I.3	124.366,00	21.790,94	146.156,94
Zadanie I.4	13.354.002,00	9.092.708,77	22.446.710,77
Samorzady lokalne - ogółem	19.628.288,93	15.491.670,81	35.119.959,74
Zadanie I.1	12.105.982,35	9.248.295,82	21.354.278,17
Zadanie I.2	2.940.999,78	804.249,52	3.745.249,30
Zadanie I.3	0,00	160.000,00	160.000,00
Zadanie I.4	4.581.306,80	5.279.125,47	9.860.432,27
Uniwersytet Medyczny- ogółem	31.191.366,39	1.034.318,20	32.225.684,59
Zadanie I.1	13.339.461,00	637.479,00	13.976.940,00
Zadanie I.2	1.046.192,00	313.211,00	1.359.403,00
Zadanie I.3	51.297,00	24.500,00	75.797,00
Zadanie I.4	16.754.416,39	59.128,20	16.813.544,59
Ministerstwo Zdrowia - ogółem	265.573,00	1.197.292,00	1.462.865,00
Zadanie I.1	214.505,00	70.000,00	284.505,00
Zadanie I.2	0,00	25.000,00	25.000,00
Zadanie I.3	51.068,00	58.972,00	110.040,00
Zadanie I.4	0,00	1.043.320,00	1.043.320,00
Niepubliczne - ogółem	245.000,00	0,00	245.000,00
Zadanie I.1	245.000,00	0,00	245.000,00
Zadanie I.2	0,00	0,00	0,00
Zadanie I.3	0,00	0,00	0,00
Zadanie I.4	0,00	0,00	0,00
WSZYSTKIE PLACÓWKI	91.106.321,61	44.801.922,30	135.908.243,91
Zadanie I.1	44.535.121,58	22.933.438,29	67.468.559,87
Zadanie I.2	11.654.743,84	6.128.938,63	17.783.682,47
Zadanie I.3	226.731,00	265.262,94	491.993,94
Zadanie I.4	34.689.725,19	15.474.282,44	50.164.007,63

Ogółem w latach 2006 – 2007 na realizację celu szczegółowego I wydatkowane zostały środki finansowe w wysokości 135.908.243,91 zł (91.106.321,61 zł w roku 2006 i 44.801.922,30 zł w roku 2007), w tym:

- jednostki podległe Samorządowi Województwa Łódzkiego wydały ogółem kwotę 66.854.734,58 zł (39.776.093,29 zł w roku 2006 i 27.078.641,29 zł w roku 2007),
- jednostki podległe samorządom lokalnym ogółem wydatkowały kwotę 35.119.959,74 zł (19.628.288,93 zł w roku 2006 i 15.491.670,81 zł w roku 2007),
- jednostki podległe Senatowi Uniwersytetu Medycznego wydatkowały ogółem kwotę 32.225.684,59 zł (31.191.366,39 zł w roku 2006 i 1.034.318,20 w roku 2007),
- placówki podległe Ministerstwu Zdrowia ogółem wydatkowały kwotę 1.462.865,00 zł (265.573,00 zł w 2006 roku i 1.197.292,00 zł w 2007 roku),
- jednostki niepubliczne wydatkowały kwotę 245.000,00 zł i dotyczy ona roku 2006.

Poniżej omówiona została realizacja poszczególnych zadań, mających wpłynąć na osiągnięcie celu szczegółowego I, jakim jest Poprawa jakości usług medycznych.

Zadanie I.1

Dostosowanie placówek ochrony zdrowia do wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim mają odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.

W czasie opracowywania Strategii Polityki Zdrowotnej powołano się na rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 roku w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2005 r. Nr 116 poz. 985 ze zm.). Powyższe rozporządzenie określało czas dostosowania już funkcjonujących zakładów opieki zdrowotnej na dzień 31 grudnia 2010 roku.

W chwili obecnej obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 roku w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2006 r. Nr 213 poz. 1568 ze zm.), które jako ostateczny termin dostosowania dla już funkcjonujących placówek określa datę 31 grudnia 2012 roku. W większości zapisy rozporządzenia nie uległy jednak znaczącym zmianom.

Monitorując realizację Zadania I.1 posłużono się informacjami dotyczącymi:

- powierzchni zmodernizowanych i zaadaptowanych pomieszczeń,
- liczby zainstalowanych dźwigów osobowych,
- liczby wybudowanych podjazdów dla niepełnosprawnych,
- wyposażenia placówek w centralne sterylizatornie,
- modernizacji i wyposażenia szpitalnych oddziałów ratunkowych.

Na realizację Zadania I.1 ogółem w województwie przeznaczono kwotę 44.535.121,58 zł w roku 2006 i 22.933.438,29 zł w roku 2007. W roku 2006 za powyższą kwotę **zmodernizowano i zaadaptowano 26.612,24 m²** powierzchni budynków, zainstalowano 19 **dźwigów osobowych** oraz wybudowano 7 **podjazdów dla niepełnosprawnych**. W roku 2007 za wyżej wymienioną kwotę zmodernizowano i zaadaptowano 17.811,40 m² powierzchni budynków, zainstalowano 10 dźwigów osobowych i wybudowano 9 podjazdów dla niepełnosprawnych. Szczegółowe dane zamieszczone zostały w Tabeli Nr 2.

Tabela Nr 2.

Realizacja Zadania I.1 w latach 2006 i 2007 z podziałem na organy założycielskie
(opracowanie własne)

Organ założycielski	2006 rok	2007 rok	suma
Wielkość środków finansowych przeznaczonych na realizację Zadania I.1 (w zł.)			
Samorząd Województwa Łódzkiego	18.630.173,23	12.977.663,47	31.607.836,70
Samorządy lokalne	12.105.982,35	9.248.295,82	21.354.278,17
Uniwersytet Medyczny	13.339.461,00	637.479,00	13.976.940,00
Ministerstwo Zdrowia	214.505,00	70.000,00	284.505,00
Niepubliczne	245.000,00	0,00	245.000,00
Suma	44.535.121,58	22.933.438,29	67.468.559,87
Powierzchnia zmodernizowanych i zaadaptowanych pomieszczeń (w m²)			
Samorząd Województwa Łódzkiego	17.236,07	11.978,83	29.214,90
Samorządy lokalne	5.106,17	4.475,57	9.581,74
Uniwersytet Medyczny	4.270,00	857,00	5.127,00
Ministerstwo Zdrowia	0	500,00	500,00
Niepubliczne	0	0	0
Suma	26.612,24	17.811,40	44.423,64
Liczba zainstalowanych dźwigów osobowych (w sztukach)			
Samorząd Województwa Łódzkiego	10	5	15
Samorządy lokalne	4	3	7
Uniwersytet Medyczny	3	2	5
Ministerstwo Zdrowia	1	0	1
Niepubliczne	1	0	1
Suma	19	10	29
Liczba wybudowanych podjazdów dla niepełnosprawnych (w sztukach)			
Samorząd Województwa Łódzkiego	0	1	1
Samorządy lokalne	4	2	6
Uniwersytet Medyczny	2	4	6
Ministerstwo Zdrowia	1	2	3
Niepubliczne	0	0	0
Suma	7	9	16

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej, w Załączniku 1 – wymagania szczegółowe, zawarto wytyczne m.in. odnośnie **centralnej sterylizatorni**. Stałe zaopatrzenie placówki w materiały sterylne jest ważnym punktem całego procesu leczniczego. Zadanie to mogą realizować firmy zewnętrzne posiadające odpowiednie uprawnienia lub zorganizowana w jednostce centralna sterylizatornia. Spośród 52 jednostek z terenu województwa łódzkiego w roku 2006 własne sterylizatornie posiadały 33 placówki (w 2007 roku 34 placówki), z czego przebudowy

lub modernizacji wymagały w 2006 roku 22 sterylizatornie, a w 2007 roku 21. Nowe sterylizatornie planują wybudować dwie jednostki.

Z 20 jednostek podległych Samorządowi Województwa Łódzkiego zarówno w roku 2006 jak i 2007 własne sterylizatornie posiadało 8 placówek, z czego w 5 placówkach wymagały one modernizacji lub przebudowy. Z pozostałych 12 placówek, które nie posiadały sterylizatorni 2 jednostki (WCOiRNR im. dr Z. Radlińskiego w Łodzi i Samodzielny Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim) zamierzały wybudować własne.

Z 22 jednostek podległych samorządom powiatowym i gminnych 18 dysponowało własną sterylizatornią, z czego 12 jednostek zadeklarowało, iż wymaga ona przebudowy lub modernizacji. Trzy jednostki nie posiadały sterylizatorni oraz nie planowały jej wybudowania.

W roku 2006 w 5 jednostkach podległych Senatowi Uniwersytetu Medycznego funkcjonowały sterylizatornie przy czym w 3 placówkach wymagały one modernizacji lub przebudowy. Rok później liczba jednostek posiadających sterylizatornie zwiększyła się do 6, tylko 2 z nich wymagały przebudowy lub modernizacji.

Własną sterylizatornię wymagającą jednak modernizacji posiadał również Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, jedna z dwóch placówek podległych Ministerstwu Zdrowia.

Steryliizatornię wymagającą przebudowy lub modernizacji posiadał również Szpital Zakonu Bonifratrów w Łodzi – jednostka niepubliczna.

Szczegółowe zadania **szpitalnych oddziałów ratunkowych**, wymagania dotyczące ich lokalizacji w strukturze szpitala, warunków technicznych, minimalnego wyposażenia, organizacji oraz minimalnych zasobów kadrowych reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2007 roku w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U. z 2007 r. Nr 55, poz. 365).

Na terenie województwa łódzkiego według stanu na dzień 31.12.2006 roku funkcjonowało 15 szpitalnych oddziałów ratunkowych, z czego tylko 6 spełniało wszystkie zapisy wyżej wymienionego rozporządzenia. W roku 2007 liczba oddziałów zwiększyła się do 16, z czego 7 spełniało wymogi prawa.

Wśród jednostek podległych Samorządowi Województwa Łódzkiego szpitalne oddziały ratunkowe funkcjonowały w 6 placówkach (Szpitalu Wojewódzkim im. Jana Pawła II w Bełchatowie, Samodzielnym Szpitalu Wojewódzkim im. M. Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim, Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Kopernika w Łodzi, Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Skłodowskiej – Curie w Zgierzu, SPZOZ im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu, Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Skierniewicach) z czego tylko oddział funkcjonujący w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Kopernika w Łodzi spełniał wszystkie zapisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2007 roku w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego. Pozostałe 5 oddziałów wymaga jeszcze prac w celu dostosowania do obowiązujących przepisów.

Szpitalne oddziały ratunkowe funkcjonowały w roku 2006 w 7 placówkach podległych samorządom terytorialnym (SPZOZ w Brzezinach, SPZOZ w Wieluniu, SPZOZ w Pabianicach, ZOZ w Łęczycy, SPZOZ w Kutnie, SPZOZ w Tomaszowie Mazowieckim, III Szpitalu Miejskim im. K. Jonschera w Łodzi). Spośród wymienionych wyżej siedmiu szpitalnych oddziałów ratunkowych tylko 4 spełniały wymogi przedmiotowego rozporządzenia. W roku 2007 dodatkowo działalność rozpoczął szpitalny oddział ratunkowy w Szpitalu Rejonowym w Opocznie, a liczba oddziałów spełniających wymogi zwiększyła się do 5.

W jednostkach podległych Senatowi Uniwersytetu Medycznego szpitalne oddziały ratunkowe funkcjonowały w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym Nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi oraz w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym Nr 4 im. M. Konopnickiej w Łodzi. Oddział funkcjonujący w USK Nr 1 im. N. Barlickiego nie spełnia wszystkich zapisów wymienionego wyżej rozporządzenia Ministra Zdrowia, w przeciwieństwie do oddziału ratunkowego funkcjonującego w USK Nr 4 im. M. Konopnickiej w Łodzi.

Jednostka niepubliczna nie posiadała w swoich strukturach szpitalnego oddziału ratunkowego.

Zadanie I.2

Termomodernizacja, wymiana nośników energii.

Działania podejmowane w celu realizacji Zadania I.2 mają na celu nie tylko obniżenie kosztów funkcjonowania placówek ochrony zdrowia, ale również są działaniami proekologicznymi zmierzającymi do zmniejszenia zanieczyszczenia środowiska naturalnego.

Wśród priorytetowych działań realizowanych w ramach tego zadania wymienia się:

- termomodernizację budynków,
- wymianę drzwi i stolarki okiennej,
- wymianę instalacji grzewczej.

W latach 2006 i 2007 na realizację Zadania I.2 wydatkowano 17.783.682,47 zł (11.654.743,84 zł w roku 2006 i 6.128.938,63 zł w roku 2007). W ciągu dwóch lat poddano termomodernizacji 55.393,10 m² powierzchni budynków i wymieniono 4.709 okien i drzwi.

W omawianym okresie dokonano wymiany instalacji grzewczej w 16 zakładach opieki zdrowotnej. Wśród jednostek podległych Samorządowi Województwa Łódzkiego były to 3 jednostki w roku 2006 i 4 w 2007. W 2006 roku dokonały wymiany instalacji grzewczej 4 jednostki podległe samorządom lokalnym, jedna podległa Senatowi Uniwersytetu Medycznego i jedna podległa Ministerstwu Zdrowia. W roku 2007 było to odpowiednio po jednej jednostce podległej samorządom lokalnym, Senatowi Uniwersytetu Medycznego i Ministerstwu Zdrowia.

Szczegółowe informacje zawiera Tabela Nr 3.

Tabela Nr 3.

Stopień realizacji Zadania I.2 w latach 2006 i 2007 wg organów założycielskich
(opracowanie własne)

Organ założycielski	2006 rok	2007 rok	suma
Wielkość środków finansowych przeznaczonych na realizację Zadania I.2 (w zł.)			
Samorząd Województwa Łódzkiego	7.667.552,06	4.986.478,11	12.654.030,17
Samorzady lokalne	2.940.999,78	804.249,52	3.745.249,30
Uniwersytet Medyczny	1.046.192,00	313.211,00	1.359.403,00
Ministerstwo Zdrowia	0,00	25.000,00	25.000,00
Niepubliczne	0,00	0,00	0,00
Suma	11.654.743,84	6.128.938,63	17.783.682,47
Powierzchnia budynków poddanych termomodernizacji (w m²)			
Samorząd Województwa Łódzkiego	19.514,00	19.228,00	38.769,00
Samorzady lokalne	5.638,10	2.586,00	8.224,10
Uniwersytet Medyczny	8.400,00	0,00	8.400,00
Ministerstwo Zdrowia	0,00	0,00	0,00
Niepubliczne	0,00	0,00	0,00
Suma	33.579,10	21.814,00	55.393,10
Liczba wymienionych drzwi i okien (w sztukach)			
Samorząd Województwa Łódzkiego	1.618	1.649	3.267
Samorzady lokalne	532	397	929
Uniwersytet Medyczny	473	20	493
Ministerstwo Zdrowia	0	20	20
Niepubliczne	0	0	0
Suma	2.623	2.086	4.709
Liczba jednostek, które wymieniły instalację grzewczą			
Samorząd Województwa Łódzkiego	3	4	7
Samorzady lokalne	4	1	5
Uniwersytet Medyczny	1	1	2
Ministerstwo Zdrowia	1	1	2
Niepubliczne	0	0	0
Suma	9	7	16

Zadanie I.3

Wprowadzenie systemów jakości w ochronie zdrowia (akredytacja), wprowadzenie standardów związanych ze świadczeniem usług medycznych, certyfikacja procedur.

W celu oceny stopnia realizacji Zadania I.3 uzyskano informacje w zakresie posiadania przez placówkę certyfikatu ISO oraz akredytacji Centrum Monitorowania Jakości. Ogółem spośród 52 placówek z terenu województwa na dzień 31.12.2006 roku certyfikat ISO posiadały 4 jednostki, natomiast na dzień 31.12.2007 roku 7 jednostek. Akredytację Centrum Monitorowania Jakości na dzień 31.12.2006 roku miały przyznane 2 placówki, jednak na dzień 31.12.2007 roku już tylko 1.

Z 20 placówek podległych Samorządowi Województwa Łódzkiego na dzień 31.12.2006 roku certyfikat ISO posiadały 2 placówki: Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II

w Bełchatowie i Wojewódzki Szpital Zespolony w Skierniewicach. W roku 2007 do tych dwóch placówek dołączył SPZOZ im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu. Żadna z placówek marszałkowskich nie posiadała, w badanym okresie, akredytacji Centrum Monitorowania Jakości. Ogółem na realizację Zadania I.3 jednostki podległe Samorządowi Województwa Łódzkiego wydatkowały kwotę 146.156,94 zł (124.366,00 zł w roku 2006 i 21.790,94 zł w roku 2007).

W 2006 roku żadna z 22 jednostek podległych samorządom lokalnym nie posiadała certyfikatu ISO. W roku 2007 certyfikat ISO uzyskał SPZOZ w Opocznie oraz ZOZ w Łęczycy. Akredytację Centrum Monitorowania Jakości na dzień 31.12.2006 roku posiadał jedynie ZOZ w Łęczycy. Wielkość środków finansowych przeznaczonych na pozyskanie certyfikatów i akredytacji wynosiła w 2007 roku 160.000,00 zł.

W omawianym okresie czasu (lata 2006 – 2007) wśród 7 jednostek podległych Senatowi Uniwersytetu Medycznego w Łodzi certyfikat ISO posiadał jedynie Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi. Ta sama placówka posiadała również od 2006 roku akredytację Centrum Monitorowania Jakości. Środki wydatkowane w celu otrzymania certyfikatu i akredytacji w roku 2006 i 2007 to ogółem kwota 75.797,00 zł (51.297,00zł w roku 2006 i 24.500,00zł w roku 2007).

Certyfikat ISO na dzień w latach 2006 - 2007 posiadał również Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi (jako jedna z dwóch jednostek podległych Ministerstwu Zdrowia). Na ten cel jednostka przeznaczyła 51.068,00 zł w roku 2006 i 58.972,00 zł w roku 2007.

Szpital Zakonu Bonifratrów Św. Jana Bożego w Łodzi (jednostka niepubliczna) nie posiadał w omawianych latach Certyfikatu ISO oraz akredytacji Centrum Monitorowania Jakości.

Zadanie I.4

Stosowanie nowych technologii (zakup aparatów i urządzeń medycznych)

Monitorując Zadanie I.4 zebrano informacje dotyczące:

- zakupów aparatury i sprzętu medycznego,
- realizacji zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2005 roku w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz.U. z 2005 r. Nr 194 poz. 1625).

W latach 2006-2007 w 52 jednostkach z terenu województwa, które odpowiedziały na ankietę, **zakupiono** 106 aparatów i urządzeń medycznych (57 sztuk w roku 2006 i 49 sztuk w roku 2007). Na realizację Zadania I.4 ogólnie wydatkowano kwotę 50.164.007,63 zł (w roku 2006 – 34.689.725,19 zł i w roku 2007 – 15.474.282,44 zł).

Najwięcej środków finansowych na zakupy sprzętu i aparatury medycznej oraz dostosowanie do zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej przeznaczyły jednostki podległe Samorządowi Województwa Łódzkiego (łącznie 22.446.710,77 zł) i jednostki podległe Senatowi Uniwersytetu Medycznego (łącznie 16.813.544,59zł). Informacje na temat wydatków zawiera Tabela Nr 4.

Najwięcej sprzętu i aparatury - ogółem 44 sztuki, zakupiono w jednostkach podległych Samorządowi Województwa Łódzkiego (21 w roku 2006 i 23 w roku 2007) i w jednostkach podległych samorządom lokalnym (27 w roku 2006 i 17 w roku 2007). Placówki podległe Senatowi Uniwersytetu Medycznego w Łodzi ogółem dokonały zakupu 14 sztuk sprzętu, jednostki podległe Ministerstwu Zdrowia jedynie 3 sztuk, zaś jednostka niepubliczna 1 sztuki.

Najczęściej kupowanym sprzętem było USG – 30 sztuk (po 18 sztuk w roku 2006 i 12 w roku 2007), respiratory – 23 sztuki (11 sztuk w roku 2006 i 12 sztuk w roku 2007) oraz RTG cyfrowe – 17 sztuk (12 aparatów w 2006 roku i 5 w 2007 roku). Szczegółowe dane zamieszczono w Tabeli Nr 5.

Tabela Nr 4.

Wielkość środków finansowych przeznaczonych na realizację Zadania I.4 w latach 2006 i 2007 z podziałem na organy założycielskie (opracowanie własne)

Organ założycielski	2006 rok	2007 rok	suma
Samorząd Województwa Łódzkiego	13.354.002,00	9.092.708,77	22.446.710,77
Samorządy lokalne	4.581.306,80	5.279.125,47	9.860.432,27
Uniwersytet Medyczny	16.754.416,39	59.128,20	16.813.544,59
Ministerstwo Zdrowia	0,00	1.043.320,00	1.043.320,00
Niepubliczne	0,00*	0,00	0,00
Suma	34.689.725,19	15.474.282,44	50.164.007,63

* nie podano kwoty, pomimo dokonania zakupu

Tabela Nr 5.

Liczba zakupionego sprzętu i aparatury medycznej w latach 2006 i 2007 wg organów założycielskich (opracowanie własne)

Organ założycielski	2006 rok										2007 rok									
	RTG cyfrowe	Ramię C	USG	CT	MR	Mammograf	Angiograf	Sztuczna nerka	Respirator	Suma	RTG cyfrowe	Ramię C	USG	CT	MR	Mammograf	Angiograf	Sztuczna nerka	Respirator	Suma
Samorząd Województwa Łódzkiego	4	2	8	0	1	1	0	0	5	21	3	4	6	1	1	1	1	0	6	23
Samorządy lokalne	6	4	8	1	0	1	0	1	6	27	2	4	3	1	0	1	0	1	5	17
Uniwersytet Medyczny	2	1	1	2	1	0	0	1	0	8	0	0	2	2	1	0	0	1	0	6
Ministerstwo Zdrowia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	3
Niepubliczne	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Suma	12	7	18	3	2	2	0	2	11	57	5	8	12	4	2	2	1	3	12	49

W oparciu o zapisy rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie **warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej** w ankiecie, którą rozesłano do zakładów opieki zdrowotnej zamieszczono pytania dotyczące:

- stosowania promieniowania jonizującego w celach medycznych,
- wdrożenia systemu zarządzania jakością w radioterapii, medycynie nuklearnej, rentgenodiagnostyce oraz radiologii,
- wdrożenia klinicznego audytu wewnętrznego,
- poddania się procedurze klinicznego audytu zewnętrznego.

Z uzyskanych informacji wynika iż, ogółem promieniowanie jonizujące w celach medycznych wykorzystuje 35 jednostek (13 podległych Samorządowi Województwa Łódzkiego, 15 podległych samorządom lokalnym, 5 podległych Senatowi Uniwersytetu Medycznego, 1 podległa Ministerstwu Zdrowia i niepubliczny Szpital Zakonu Bonifratrów).

System zarządzania jakością wdrożyło:

- 11 placówek podległych Samorządowi Województwa Łódzkiego w 2006 roku (w roku 2007 było to już 13 placówek),
- 8 jednostek podległych samorządom lokalnym,
- 2 jednostki podległe Senatowi Uniwersytetu Medycznego,
- Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki podległych Ministerstwu Zdrowia.

Kliniczny audyt wewnętrzny wdrożyło:

- 5 jednostek podległych Samorządowi Województwa Łódzkiego,
- jedna placówka podległa samorządom lokalnym (w roku 2006) dwie w roku 2007,
- jedna placówka podległa Senatowi Uniwersytetu Medycznego,
- Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki podległych Ministerstwu Zdrowia.

Zewnętrznemu audytowi klinicznemu poddały się dwie jednostki podległe Samorządowi Województwa i jedna podległa Senatowi Uniwersytetu Medycznego.

CEL SZCZEGÓŁOWY II POPRAWA DOSTĘPU DO USŁUG MEDYCZNYCH.

Zadanie II.1

Wzmocnienie roli i znaczenia podstawowej opieki zdrowotnej w systemie świadczeń medycznych.

Zgodnie z założeniami Strategii Polityki Zdrowotnej, poprawa dostępu do usług medycznych jest możliwa m.in. poprzez nadanie podstawowej opiece zdrowotnej rzeczywistego priorytetu oraz zmianę zasad jej finansowania. Dobrze funkcjonujący system podstawowej opieki zdrowotnej wpłynie na odbudowę poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów i przyczyni się do racjonalizacji bazy lecznictwa zamkniętego.

W celu realizacji niniejszego zadania, określono szereg założeń, które powinny zostać spełnione. Do najważniejszych należą:

- Zachowanie odpowiednich wskaźników dotyczących liczby pacjentów przypadających na jednego lekarza rodzinnego, pielęgniarkę środowiskową, położną środowiskową, pielęgniarkę w środowisku nauczania i wychowania/higienistkę szkolną.
- Przywrócenie obowiązku sprawowania przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej opieki nad populacją dzieci i młodzieży przede wszystkim w zakresie badań bilansowych.
- Zmiana zasad kontraktowania podstawowej opieki zdrowotnej - wyodrębnienie puli na diagnostykę i konsultacje specjalistyczne.
- Wprowadzenie systemów informatycznych (rejestracja i analiza danych).
- Przeprowadzanie okresowych kontroli świadczeń w oparciu o wybrane wskaźniki.

W Strategii Polityki Zdrowotnej przyjęto, że dla sprawnego funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej **liczba podopiecznych** lekarza rodzinnego oraz pielęgniarki środowiskowej nie powinna przekraczać 1.500 osób w środowisku miejskim i 1.000 na wsi, a lekarza pediatry - 1.500 podopiecznych. Liczba kobiet oraz noworodków i niemowląt do 2 miesiąca życia, przypadająca na 1 położną środowiskową powinna wynosić do 3.000 na terenach wiejskich i do 5.000 w mieście. Natomiast liczba uczniów na 1 pielęgniarkę szkolną/higienistkę powinna być zgodna ze „Standardami w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej” określonymi przez Zakład Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie.

Tymczasem, zgodnie z warunkami kontraktacji świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia, obowiązujące normy w podstawowej opiece zdrowotnej zakładają:

- 2.750 osób na jednego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.
- 1.320 osób na jednego lekarza pediatrę.
- 2.750 osób na jedną pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej.
- 6.600 kobiet oraz noworodków i niemowląt do ukończenia 2 miesiąca życia na jedną położną podstawowej opieki zdrowotnej.
- Liczba uczniów na pielęgniarkę szkolną zgodna ze „Standardami w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej”.

Mając na uwadze wytyczne Narodowego Funduszu Zdrowia odnośnie liczby pacjentów objętych opieką jednego pracownika medycznego w podstawowej opiece zdrowotnej wydaje się, że jedyną szansą na osiągnięcie wskaźników określonych w Strategii Polityki Zdrowotnej, byłaby zmiana warunków kontraktowania. Należy jednak podkreślić, że istotnym ograniczeniem w osiągnięciu niniejszego priorytetu może być zmniejszająca się liczba lekarzy i pielęgniarek

Informacje na temat średniej liczby podopiecznych przypadających na jednego lekarza POZ, pielęgniarkę środowiskową i położną na wsi i w mieście przedstawiono w Tabeli Nr 6. Z niniejszych danych wynika, że w latach 2005-2007 średnia liczba pacjentów przypadających na 1 lekarza POZ wzrastała na terenach wiejskich i od roku 2006 była wyższa niż w mieście. Średnia liczba podopiecznych na 1 pielęgniarkę POZ i położną środowiskową w latach 2005-2007 malała zarówno na wsi jak i w mieście.

Zgodnie z danymi Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi średnia liczba uczniów pozostających pod opieką jednej pielęgniarki szkolnej w roku szkolnym 2006/2007 wynosiła 993 (w roku szkolnym 2003/2004 1043). Duża część pielęgniarek szkolnych obejmowała opieką kilka szkół, co wynikało ze zmniejszającej się liczby uczniów. Wskaźnik uczniów przypadających na 1 pielęgniarkę był wyższy niż standardy zalecane przez Instytut Matki i Dziecka w Warszawie.

Brak jest natomiast informacji na temat liczby podopiecznych przypadających na jednego lekarza pediatrę. Z tego w związku w Tabeli Nr 7 przedstawiono jedynie ogólną liczbę dzieci i młodzieży objętych opieką lekarską w latach 2005-2007.

Tabela Nr 6.

Średnia liczba podopiecznych przypadających na jednego pracownika medycznego w podstawowej opiece zdrowotnej w województwie łódzkim w latach 2005 -2007 (według danych ŁOW NFZ)

Wyszczególnienie	Rok 2005		Rok 2006		Rok 2007	
	Na wsi	W mieście	Na wsi	W mieście	Na wsi	W mieście
Liczba podopiecznych na 1 lekarza rodzinnego	936	1 354	1 085	1 016	1 209	945
Liczba podopiecznych na 1 pielęgniarkę środowiskową	1 686	2 103	1 509	1 638	1 334	1 398
Liczba podopiecznych na 1 położną środowiskową	2 045	2 799	1 846	2 279	1 793	2 173

Tabela Nr 7.

Liczba dzieci i młodzieży objętych opieką lekarską w latach 2005-2007 (według danych ŁOW NFZ)

Wyszczególnienie	Rok 2005	Rok 2006	Rok 2007
liczba dzieci (w wieku 0 - 18 lat) objętych opieką lekarską - ogółem	483 770	452 278	405 324
liczba dzieci (w wieku 0 - 18 lat) objętych opieką lekarza pediatry	308 691	319 652	364 314
liczba dzieci (w wieku 0 - 18 lat) objętych opieką innego lekarza	175 079	132 626	41 010

Istotnym zagadnieniem w odniesieniu do podstawowej opieki zdrowotnej jest realizacja przez lekarzy POZ profilaktycznych badań lekarskich dzieci i młodzieży (tzw. bilansów zdrowia), których celem jest dokonanie oceny rozwoju fizycznego oraz stanu zdrowia dziecka, jak również identyfikacja czynników sprzyjających i zagrażających zdrowiu.

Zakres profilaktycznych świadczeń opieki zdrowotnej wraz z okresami ich przeprowadzania określają:

- u dzieci do ukończenia 6 roku życia - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2004 roku w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych, oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane (Dz.U. z 2004 roku Nr 276 poz. 2740).
- w populacji szkolnej - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2004 roku w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz.U. z 2004 roku Nr 282 poz. 2814 ze zm.).

Odsetek dzieci zbadanych w profilaktycznych badaniach lekarskich w województwie łódzkim w latach 2005-2006 (brak dostępnych danych za 2007 rok) wzrastał w każdej grupie wiekowej, z wyjątkiem populacji dwulatków, gdzie odsetek ten uległ zmniejszeniu z 88,5% do 77,3%. Pomimo niewielkiej poprawy w realizacji bilansów zdrowia dzieci i młodzieży w kolejnych latach, profilaktyczna opieka lekarska nad populacją dzieci i młodzieży pozostaje na zbyt niskim poziomie, szczególnie w odniesieniu do najstarszych i najmłodszych grup wiekowych. Dane na ten temat prezentuje Tabela Nr 8.

Tabela Nr 8.

Realizacja profilaktycznych badań lekarskich wśród dzieci i młodzieży województwa łódzkiego w poszczególnych grupach wiekowych w latach 2005-2006 (według danych WCZP w Łodzi)

Wiek dziecka/klasa	% dzieci zbadanych	
	2005	2006
2 lata	81,55	77,31
4 lata	75,54	77,98
6 lat/ klasa 0	84,45	86,45
10 lat/ klasa III	75,03	84,85
13 lat/ I klasa gimnazjum	72,39	81,60
16 lat/ I klasa szkoły ponadgimnazjalnej	63,52	73,31
18-19 lat/ ostatnia klasa szkoły ponadgimnazjalnej	58,13	66,22

Kolejnym z założeń Strategii Polityki Zdrowotnej w zakresie Zadania II.1. było wyodrębnienie z funduszy przekazywanych z NFZ lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej, **osobnej puli środków na diagnostykę i konsultacje specjalistyczne**. Odrębne finansowanie badań miało wyeliminować m.in. nieuzasadnione kierowanie pacjentów do lekarzy specjalistów i leczenia zamkniętego, w celu wykonania diagnostyki.

Do tej pory niniejszego celu nie udało się osiągnąć. Należy zaznaczyć, że jego realizacja jest całkowicie uzależniona od polityki Narodowego Funduszu Zdrowia, który ustala warunki kontraktowania świadczeń. Obecnie koszty badań diagnostycznych wchodzi w skład kapitałowej stawki rocznej, wraz z kosztami udzielania świadczeń przez lekarza POZ. Wysokość rocznej stawki kapitałowej lekarza POZ wynosiła na koniec 2005 roku – 58,26 złotych, na koniec roku 2006 - 70,08 złotych, natomiast na koniec roku 2007 – 76,80 złotych.

W ramach tej kwoty lekarz podstawowej opieki zdrowotnej powinien realizować kompleksową opiekę lekarską, w tym zlecać badania diagnostyczne będące w zakresie jego kompetencji w celu potwierdzenia wstępnego rozpoznania. Szczegółowy wykaz badań diagnostycznych, zlecanych przez lekarza pierwszego kontaktu, określają przepisy NFZ.

Do oceny świadczeń wykonywanych w podstawowej opiece zdrowotnej nie stosuje się wskaźników, jak to zaproponowano w Strategii Polityki Zdrowotnej.

Kontrole jednostek świadczących usługi w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej są prowadzone przez Łódzki Oddział Wojewódzki NFZ, dotyczą one jednak zgodnej z zawartymi umowami realizacji świadczeń. W latach 2005 – 2007 w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna ŁOW NFZ łącznie przeprowadził 392 kontrole, w tym: 163 kontrole z realizacji umów oraz 229 kontroli deklaracji. Najczęściej stwierdzone nieprawidłowości to: niewłaściwy sposób prowadzenia dokumentacji medycznej, niezgodne z zapisami umowy warunki lokalowe, brak udogodnień dla osób niepełnosprawnych, niezgodne z umową godziny pracy personelu udzielającego świadczeń, niezgodne z warunkami umowy kwalifikacje personelu, zbyt duża liczba podopiecznych przypadająca na jedną pielęgniarkę POZ, brak kartoteki środowisk epidemiologicznych prowadzonych przez pielęgniarki środowiskowe, brak numeru bezpłatnej infolinii Biura Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia, zły sposób organizacji składania i przyjmowania skarg, błędne wpisy w deklaracjach oraz rozbieżności pomiędzy bazą elektroniczną prowadzoną przez świadczeniodawcę, a zebranymi deklaracjami.

Ponadto w ramach nadzoru nad zakładami opieki zdrowotnej, kontrole są prowadzone przez Konsultantów Wojewódzkich, jak również przez Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi na podstawie Porozumienia z dnia 11 maja 2007 roku zawartego pomiędzy Wojewodą Łódzkim a Dyrektorem Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi w sprawie przekazania zadań (od 2007 roku).

Od momentu przyjęcia Strategii Polityki Zdrowotnej nie wdrożono **kompatybilnych systemów informatycznych**, do prowadzenia analizy jakości i rodzaju świadczeń realizowanych w podstawowej opiece zdrowotnej.

Podstawą sprawozdawczości do Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, zgodnie z umowami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w podstawowej opiece zdrowotnej w latach 2006 i 2007 było sprawozdanie zbiorcze z realizowanych świadczeń. Do przekazywania sprawozdań, świadczeniodawcy korzystali z udostępnianego bezpłatnie przez płatnika programu rozliczeniowego „Pakiet świadczeniodawcy”.

W związku z nowelizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2006 roku w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U. Nr 114, poz. 780), które weszło w życie 1 stycznia 2007 roku, wprowadzono nowe zasady rozliczania z NFZ oparte na przekazywaniu danych w formacie otwartym XML. „Otwarcie” na komunikaty XML ma celu umożliwienie przekazywania danych za pomocą dowolnych systemów informatycznych działającym u świadczeniodawców. Tym samym już w połowie roku 2007 NFZ zamierzał odejść od bezpłatnego udostępniania programów rozliczeniowych "Pakiet świadczeniodawcy" i "KS-SWD". Jednak w związku z uwagami i postulatami świadczeniodawców okres nieodpłatnego udostępniania oprogramowania ulegał ciągłemu przedłużaniu.

Zadanie II.2

Racjonalizacja rozmieszczenia placówek ochrony zdrowia (specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne, szpitale lokalne, szpitale podregionalne.

Zaproponowana w Strategii Polityki Zdrowotnej racjonalizacja opieki zdrowotnej miała na celu takie rozmieszczenie placówek ochrony zdrowia pod względem zakresu udzielanych w nich świadczeń, aby z jednej strony zapewnić mieszkańcom dostęp do wysokiej jakości usług medycznych, a z drugiej uwzględnić możliwości placówek na danym terenie pod względem zaplecza sprzętowego oraz posiadanych zasobów ludzkich.

Założono, że aby zrealizować to zadanie konieczne jest dokonanie podziału szpitali na placówki lokalne, podregionalne i wojewódzkie oraz uporządkowanie rodzaju świadczeń realizowanych przez zakłady opieki zdrowotnej na każdym z poziomów. W tym celu zaproponowano m.in.

- przenoszenie łóżek wskazanych do funkcjonowania w szpitalach o zasięgu podregionalnym, a znajdujących się obecnie w szpitalach lokalnych i utworzenie w ich miejsce łóżek rehabilitacyjnych i opieki długoterminowej,
- profilowanie szpitali – koncentrację oddziałów zabiegowych, zamiany oddziałów pomiędzy szpitalami lokalnymi znajdującymi się w niewielkiej odległości tak, aby jeden z nich stał się szpitalem zabiegowym, a drugi zachowawczym.

Wskazano ponadto placówki, które według twórców Strategii Polityki Zdrowotnej były w tamtym czasie najbardziej przygotowane (m.in. pod względem rodzaju udzielanych świadczeń, wyposażenia) do pełnienia roli szpitali podregionalnych.

Zaproponowana w Strategii Polityki Zdrowotnej **racjonalizacja świadczeń** ambulatoryjnych i szpitalnych na poziomie powiatu, podregionu i województwa nie została do tej pory zrealizowana.

Najistotniejszy wpływ na to miały ciągłe zmiany w koncepcji funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, a szczególnie **projekt ustawy o sieci szpitali** z 2006 roku. Utworzenie sieci miało wpłynąć na dostosowanie struktury opieki szpitalnej i jej potencjału diagnostyczno-terapeutycznego do sytuacji demograficznej i epidemiologicznej województwa oraz na optymalne wykorzystanie zasobów. Dla placówek opieki zdrowotnej oraz ich organów założycielskich najważniejszą sprawą było spełnienie warunków określonych dla szpitali w sieci, tym bardziej, że wejście do sieci było gwarancją podpisania kontraktu z NFZ.

Określenie sieci szpitali na terenie województwa łódzkiego w sposób naturalny wpłynęłoby na racjonalizację usług medycznych. W związku z powyższym, plany wynikające z Zadania II.2 Strategii Polityki Zdrowotnej, zostały odłożone w czasie.

W późniejszych koncepcjach rządu odstąpiono od tworzenia sieci szpitali, natomiast pojawiły się plany przekształcania zakładów opieki zdrowotnej w **spółki prawa handlowego**.

Biorąc pod uwagę trwające na poziomie centralnym prace nad projektami ustaw zdrowotnych, podejmowanie działań mających na celu racjonalizację opieki zdrowotnej w województwie jest w tej chwili niezmiernie trudne. Również w odniesieniu do jednostek podległych Samorządowi Województwa Łódzkiego, pomimo pewnych ogólnych koncepcji, szczegółowe plany odnośnie dalszego funkcjonowania placówek, będzie można rozważać dopiero w warunkach uregulowanego stanu prawnego.

Kolejnym z postulatów zapisanych w Strategii Polityki Zdrowotnej było **zwiększenie liczby łóżek** internistycznych ogólnych (w aglomeracji łódzkiej), internistycznych o profilu diabetologicznym i endokrynologicznym, łóżek opieki długoterminowej i rehabilitacyjnych, łóżek psychiatrii dziecięcej, łóżek leczenia uzależnień (także w postaci oddziałów dziennych) oraz liczby łóżek geriatrycznych.

Ponadto, wśród **planowanych zmian** w obszarze lecznictwa zamkniętego znalazł się zapis mówiący o tworzeniu oddziałów hospitalizacji dziennej, zwiększeniu liczby łóżek przeznaczonych dla pacjentów poddawanych radioterapii i chemioterapii oraz utworzenie pododdziału pobytu dziennego zabezpieczającego infuzje immunoglobulin.

Z danych pozyskanych z Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi wynika, iż w latach 2006 i 2007 zaszły niewielkie ruchy w strukturze bazy łóżkowej. Ogółem liczba łóżek internistycznych ogólnych uległa zwiększeniu o 52 łóżka, niestety w aglomeracji łódzkiej liczba łóżek o tym profilu zmniejszyła się o 12.

Nie uległa zmianie liczba łóżek na oddziałach internistycznych o profilu diabetologicznym i endokrynologicznym oraz na oddziałach opieki długoterminowej. O 52 łóżka zwiększyła się liczba łóżek na oddziałach rehabilitacyjnych, o 4 na oddziałach psychiatrii dziecięcej i o 15 na oddziałach leczenia uzależnień. Nie udało się natomiast utworzyć na terenie województwa łódzkiego oddziału geriatrycznego. Powyższe dane obrazuje Tabela Nr 9.

Tabela Nr 9.

Struktura bazy łóżkowej w wybranych oddziałach w latach 2006 i 2007 – stan na 31.12 (według danych WCZP w Łodzi)

	2006	2007	Wzrost/spadek
Liczba łóżek internistycznych ogólnych (ogółem w województwie)	1.921	1.973	52
Liczba łóżek internistycznych ogólnych (ogółem w aglomeracji łódzkiej)	614	602	-12
Liczba łóżek internistycznych o profilu diabetologicznym	66	66	0
Liczba łóżek internistycznych o profilu endokrynologicznym	89	89	0
Liczba łóżek opieki długoterminowej	249	249	0
Liczba łóżek rehabilitacyjnych	841	893	52
Liczba łóżek psychiatrii dziecięcej	49	53	4
Liczba łóżek leczenia uzależnień	240	255	15
Liczba łóżek geriatrycznych	0	0	0

W 2006 roku na terenie województwa funkcjonowało 21 **oddziałów dziennych**. W roku 2007 liczba ta powiększyła się o jeden oddział. Liczba łóżek dla pacjentów poddawanych radioterapii i chemioterapii w roku 2006 wynosiła 264 (i dodatkowo 6 miejsc do chemioterapii ambulatoryjnej), a w roku 2007 była niższa o 9 i wynosiła 255 łóżek (dodatkowo 6 miejsc do chemioterapii ambulatoryjnej). Nie udało się utworzyć na terenie województwa pododdziału pobytu dziennego zabezpieczającego infuzje immunoglobulin.

Kolejnym działaniem do realizacji w ramach Zadania II.2 było **zwiększenie wartości kontraktów** w specjalnościach o największym odsetku zgonów (choroby układu krążenia, nowotwory, urazy i wypadki) oraz zakup nowego sprzętu i technologii medycznych na potrzeby diagnozowania i leczenia tych schorzeń. Informacje na temat wzrostu kontraktu w wymienionych specjalnościach prezentuje Tabela Nr 10.

Tabela Nr 10.

Wielkość kontraktu w specjalnościach, w których występuje największy odsetek zgonów wśród leczonych osób na terenie województwa łódzkiego (według danych ŁOW NFZ)

	2006	2007	Wzrost/spadek
Wielkość kontraktu łącznie dla oddziałów kardiologicznych, kardiochirurgicznych i pracowni hemodynamiki (w punktach)	9.329.159	9.947.334	618.175
Wielkość kontraktu przeznaczona na leczenie osób z chorobą nowotworową (w punktach)*	6.056.345	7.189.446	1.133.101
Wielkość kontraktów dla oddziałów chirurgii urazowo – ortopedycznej (w punktach)	5.878.695	6.489.376	610.681

* uwzględniono wielkość kontraktu ogółem na oddziałach: hematologii, hematologii dziecięcej, onkologii, onkologii dziecięcej, ginekologii onkologicznej, chirurgii onkologicznej, radioterapii, brachyterapii, chemioterapii i terapii izotopowej.

Poza kwestiami wymienionymi powyżej, w Zadaniu II.2. dużo uwagi poświęcono znacznemu ograniczeniu **finansowania świadczeń stomatologicznych** przez system ubezpieczenia zdrowotnego oraz likwidacji szkolnych gabinetów stomatologicznych, co wpłynęło niekorzystnie na stan zdrowia jamy ustnej całej populacji mieszkańców województwa łódzkiego.

Jako możliwe działania w zakresie poprawy tej sytuacji zaproponowano:

- podejmowanie przez samorządy lokalne inicjatyw zmierzających do zorganizowania dostępu do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki stomatologicznej dzieci i młodzieży oraz emerytów i rencistów o najniższych dochodach,
- intensyfikowanie działań z zakresu profilaktyki stomatologicznej, głównie w środowisku dzieci i młodzieży.

W odniesieniu do dzieci i młodzieży szczególny nacisk powinien zostać położony na profilaktykę stomatologiczną w środowisku nauczania i wychowania. Według danych Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi w roku szkolnym 2005/2006 (brak danych za rok 2006/2007) tylko 7% szkół posiadało gabinety stomatologiczne. Było to mniej niż w roku 2003/2004 (8,3%), jednak może to wynikać ze zmniejszenia się liczby szkół w województwie.

Rok szkolny 2006/2007 był czwartym rokiem, w którym zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, pielęgniarki szkolne prowadziły grupową profilaktykę fluorkową w szkołach podstawowych. Wskaźnik przeprowadzonych zabiegów fluoryzacji systematycznie wzrastał z 50% uczniów w roku szkolnym 2004/2005 do 78% uczniów w roku 2006/2007. Odsetek uczniów, u których przeprowadzono profilaktykę fluorkową był różny w zależności od miejsca zamieszkania (w miastach wynosił on 80%, a na wsi 76%) oraz od rodzaju szkoły (w szkołach specjalnych 25%).

W ramach prowadzonego nadzoru, w związku z niedopełnianiem przez świadczeniodawców obowiązku przeprowadzania grupowej profilaktyki próchnicy zębów w szkołach podstawowych, WCZP w Łodzi wraz z Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie stomatologii dziecięcej zwróciło się do wszystkich świadczeniodawców POZ

w sprawie zakupu odpowiedniego preparatu oraz systematycznej realizacji profilaktyki fluorkowej.

Jednostki samorządu terytorialnego mogą podejmować działania w celu zwiększenia dostępności do bezpłatnych świadczeń stomatologicznych, np. poprzez realizację programów profilaktycznych w zakresie stomatologii. W latach 2006 - 2007 na terenie województwa łódzkiego 4 gminy realizowały i finansowały programy profilaktyczne tego typu. Były to następujące programy:

- Profilaktyka próchnicy u dzieci w wieku 6 – 7 lat – program realizowany na terenie Gminy Ozorków. Programu obejmował: lakowanie bruzd zębów stałych i lakierowanie zębów oraz naukę szczotkowania.
- Stomatologiczna edukacja prozdrowotna i profilaktyka fluorkowa próchnicy zębów dzieci i uczniów gminy Moszczenica – zadanie realizowane przez Urząd Gminy Moszczenica. W ramach programu wykonano: przegląd jamy ustnej u dzieci szkolnych (w wieku 6 – 16 lat) i włączono je w cykl leczenia, fluoryzację i lakierowanie zębów stałych i lakowanie zębów szóstych.
- Gminny Program Zdrowotno – Profilaktyczny zapobiegania próchnicy u dzieci z terenu Gminy Wieruszów, skierowany do dzieci w wieku 6 -9 lat.
- Opieka Stomatologiczna – populacja objęta programem to dzieci i młodzież gimnazjalna z Gminy Tomaszów Mazowiecki.

Jak widać na wyżej wymienionych przykładach najczęściej programy profilaktyczne kierowane są do dzieci i młodzieży. Samorządy terytorialne nie podejmowały działań w zakresie bezpłatnej opieki stomatologicznej emerytów i rencistów o najniższych dochodach.

Poza jednostkami samorządu terytorialnego, profilaktyką stomatologiczną wśród dzieci i młodzieży na terenie województwa łódzkiego zajmowały się również inne podmioty. W 2006 i 2007 roku realizowały one następujące zadania w zakresie stomatologii:

- Program dotyczący zasad higieny jamy ustnej oraz profilaktyki próchnicy zębów: „Radosny Uśmiech, Radosna Przyszłość” – realizowany przez Wojewódzką Stację Sanitarno – Epidemiologiczną.
- Zdrowy ząbek – program realizowany w 2007 roku na terenie Miasta Łodzi przez NZS – Radę Uczelnianą Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz Wydział Zdrowia Publicznego Urzędu Miasta Łodzi.
- Grupowa profilaktyka fluorkowa – zadanie finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach świadczeń udzielanych przez pielęgniarkę szkolną.
- Szkolenie „Teoria i praktyka zastosowania preparatów fluoru w profilaktyce próchnicy zębów” – prowadzone przez Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi we współpracy z Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie stomatologii dziecięcej. W latach 2006/2007 przeszkolone zostały wszystkie pielęgniarki medycyny szkolnej ze względu na obowiązek prowadzenia grupowej profilaktyki fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania zębów.

Zadanie II.3

Podwojenie liczny miejsc w placówkach opieki długoterminowej.

Starzenie się społeczeństwa jest charakterystycznym zjawiskiem województwa łódzkiego. Odsetek ludności w wieku poprodukcyjnym w województwie łódzkim jest znacznie wyższy niż średnia dla Polski – 15,7% i w 2006 roku wyniósł 17,6%. Według prognoz GUS w roku 2030 osoby w wieku poprodukcyjnym będą stanowiły 28,7% ludności województwa łódzkiego.

Podwojenie liczby miejsc w placówkach opieki długoterminowej to kolejne zadanie mające służyć realizacji Celu szczegółowego II – Poprawa dostępu do usług medycznych. Według założeń przyjętych w Strategii Polityki Zdrowotnej liczba łóżek opieki długoterminowej powinna do 2013 roku wynieść 2.600, a wskaźnik liczby łóżek długoterminowych zbliżyć się lub przewyższać wskaźnik liczby łóżek ostrych.

Niestety do roku 2007 nie nastąpiła znaczna poprawa w tym zakresie. Powodem tego są wciąż zbyt małe nakłady płatnika na opiekę długoterminową. Oddziały dla osób przewlekle chorych są oddziałami zbyt kosztocłonnymi i przynoszącymi straty. Tym samym brakuje zachęty do tworzenia tego typu miejsc ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia, który płacąc za świadczenia realizowane w oddziałach opieki długoterminowej, nie oszacowuje realnych kosztów ich funkcjonowania.

W roku 2007 liczba łóżek opieki długoterminowej była na poziomie 1.267 miejsc i było to o 14 więcej niż w roku 2006. Ogólnie analizując liczbę łóżek opieki długoterminowej od roku 2004 można zauważyć tendencję wzrostową (w roku 2007 było o 95 łóżek więcej niż w roku 2004), jednak tempo tych zmian jest zbyt niskie. Szczegółowe dane zawarto w poniższych tabelach.

Tabela Nr 11.

Baza opieki długoterminowej w województwie łódzkim w latach 2004 – 2007 (według danych WCZP w Łodzi)

Oddział	2004		2005		2006		2007	
	Liczba łóżek	% wykorzystanie	Liczba łóżek	% wykorzystanie	Liczba łóżek	% wykorzystanie	Liczba łóżek	% wykorzystanie
Oddział dla przewlekle chorych(4170)	277	97,32	246	82,41	181	94,44	181	90,48
Oddział opieki paliatywnej (4180)	72	76,71	66	81,50	68	79,39	68	82,70
Zakłady opiekuńczo – lecznicze i pielęgnacyjno – opiekuńcze (5160–5172)	815	94,79	930	89,98	995	95,65	1009	96,47
Oddział opieki hospicyjnej (5180)	8	104,14	8	102,60	9	93,54	9	94,55
Suma	1172		1250		1253		1267	

Tabela Nr 12.

Poziom finansowania opieki długoterminowej (według danych ŁOW NFZ)

Oddział	Stawka płacona przez NFZ w zł na jednego pacjenta			
	2004	2005	2006	2007
Oddział dla przewlekle chorych	64,00	64,00	56,00	56,00
Zakład opiekuńczo - leczniczy	54,00	54,00	54,00 zł	max 56,00

Zadanie II.4

Zwiększenie bazy leczenia psychiatrycznego

W zadaniu II.4 „Programu Wojewódzkiego – Strategii Polityki Zdrowotnej Województwa Łódzkiego na lata 2006-2013”, przedstawione zostały kierunki działań mające na celu zwiększenie bazy leczenia psychiatrycznego w województwie łódzkim. Kierunki te opracowano w oparciu o projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie docelowej sieci zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej z 2005 roku. W projekcie zaproponowane zostały wskaźniki dostępności do opieki psychiatrycznej w zakresie czterech podstawowych rodzajów łóżek psychiatrycznych: dla dorosłych, dzieci i młodzieży, osób uzależnionych od alkoholu i uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych, a także wskaźniki dostępności dla zakładów psychiatrycznej opieki środowiskowej.

W oparciu o wymieniony projekt rozporządzenia, który jednak nigdy nie wszedł w życie, w Strategii Polityki Zdrowotnej wskazano następujące priorytety:

- dostosowanie bazy łóżkowej do potrzeb i możliwości województwa,
- wzrost liczby łóżek psychiatrycznych w szpitalach ogólnych udzielających świadczeń na poziomie podregionalnym oraz łóżek leczenia uzależnień w szpitalach udzielających świadczeń na poziomie lokalnym,
- rozwój opieki pośredniej – psychiatrii środowiskowej poprzez utworzenie oddziałów dziennych, punktów leczenia środowiskowego, opieki domowej, jak również ośrodka profilaktyki zachowań samobójczych,
- zwiększenie dostępności do poradni zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień,
- szkolenie lekarzy pierwszego kontaktu w zakresie rozpoznawania stanów depresyjno-lękowych,
- zintensyfikowanie działań dotyczących promowania zdrowia psychicznego oraz zapobiegania występowaniu zaburzeń psychicznych.

W dniu 23 lipca została uchwalona, a w Światowy Dzień Zdrowia Psychicznego, przypadający w dniu 10 października 2008 roku, opublikowana Ustawa o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2008 roku Nr 180 poz. 1108). Termin wejścia w życie przedmiotowej ustawy określony został na dzień 1 stycznia 2009 roku. Ustawa zawiera podstawę prawną do wdrożenia długo oczekiwanego Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP). Program ten ma być odpowiedzią na braki w systemie ochrony zdrowia psychicznego w Polsce, jak również ma zapoczątkować gruntowne zmiany w opiece psychiatrycznej oraz dać gwarancję jej lepszego finansowania. W NPOZP przedstawiono konkretne wskaźniki pozwalające na zapewnienie dostępności do różnorodnych form opieki psychiatrycznej.

Wskaźniki dostępności zawarte w Strategii Polityki Zdrowotnej oraz w NPOZP przedstawia Tabela Nr 13.

Z informacji zawartych w tabeli wynika, iż wskaźniki dostępności przedstawione w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego często identyfikują się ze Strategią Polityki Zdrowotnej, choć są one bardziej restrykcyjne.

Tabela Nr 13.

Porównanie wskaźników zawartych w Strategii Polityki Zdrowotnej oraz określonych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego (opracowanie własne)

Rodzaj placówki	Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego		Strategia Polityki Zdrowotnej	
	Minimalny Wskaźnik	Uwagi	Wskaźnik	
PLACÓWKI DLA DOROSŁYCH Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI				
poradnie	1 poradnia/50.000 ludności	czynna codziennie w każdym powiecie lub dzielnicy dużego miasta	1 poradnia/50.000 ludności	
oddziały dzienne	3 miejsca/10.000 ludności	co najmniej 1 w mieście powyżej 70.000 ludności	3 miejsca/10.000 ludności	co najmniej 1 w mieście powyżej 70.000 ludności
zespoły środowiskowe	1 zespół/50.000 ludności	1-3 wizyty/tydzień	1 zespół/50.000 ludności	
zespoły interwencji kryzysowych i pomocy doraźnej	1 zespół w miastach powyżej 200.000 ludności			
oddziały psychiatryczne szpitalne	4 łóżka/10.000 ludności równomiernie, w miastach/dzielnicach miast powyżej 80.000; optymalnie w szpitalach ogólnych	max. 300 łóżek w szpitalu psychiatrycznym; przekształcenia w większych szpitalach	4 łóżka/10.000 ludności, z wyłączeniem łóżek opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz przeznaczonych na wykonywanie środka zabezpieczającego i obserwacji sądowo-psychiatrycznych	max. 300 łóżek w szpitalu psychiatrycznym
hostel	1 hostel w województwie			
oddziały opiekuńcze	1-2 łóżka/10.000 ludności			
PLACÓWKI DLA DZIECI I MŁODZIEŻY Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI				
poradnie	1 poradnia/powiat lub kilka (na 150.000 ludności)	czynna codziennie	1 poradnia/150.000 ludności	
oddziały dzienne	1 miejsce na 10.000 ludności		1 miejsce/10.000 mieszkańców miasta	
zespoły środowiskowe	1 zespół na 150.000 ludności	1-3 wizyty/tydzień		
oddziały szpitalne	0,4 łóżka/10.000 ludności	równomiernie	0,4 łóżka/10.000 ludności	
hostel	1 hostel w województwie			
poradnia pomocy rodzinie	1 poradnia w województwie			

PLACÓWKI DLA UŻALEZNIONYCH OD ALKOHOLU I WSPÓLUŻALEZNIONYCH			
przychodnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia	1 przychodnia/1-2 powiaty (na 50.000 ludności)	czynna codziennie	1 przychodnia/50.000 ludności
Poradnia dla osób z problemami alkoholowymi	1 poradnia w mieście powyżej 25.000 mieszkańców		co najmniej 1 w mieście powyżej 25.000 mieszkańców
dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu	1 oddział w każdym większym mieście (powyżej 50.000 ludności)		oddział dzienny odwykowy - 3 miejsca/10.000 ludności
oddziały/pododdziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych	0,2-0,3 łóżka/10.000 ludności		1 łóżko/10.000 ludności dla oddziałów odwykowych dla osób uzależnionych od alkoholu, obejmujący łóżka detoksykacyjne i terapeutyczne w zakładach opieki zdrowotnej i w wojewódzkich ośrodkach terapii uzależnienia i współuzależnienia dla uzależnionych od alkoholu
oddziały terapii uzależnienia od alkoholu	1 łóżko na 10.000 ludności		
PLACÓWKI DLA UŻALEZNIONYCH OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH			
przychodnia terapii uzależnienia	2 przychodnie w województwie 1 w każdym mieście > 70 tys. mieszkańców	zależnie od potrzeb, czynna codziennie, w tym ośrodki interwencji kryzysowej	poradnia dla uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych - co najmniej 2 w każdym województwie
oddziały dzienne	co najmniej 1 w województwie	z uwzględnieniem zróżnicowania w poszczególnych województwach	
oddziały/łóżka detoksykacyjne	0,1 łóżka/10.000 ludności	j.w.	0,35 łóżka /10.000 ludności dla oddziałów odwykowych dla osób uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych, obejmujący łóżka detoksykacyjne, terapeutyczne i rehabilitacyjne w zakładach opieki zdrowotnej i podmiotach, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii
oddziały /ośrodki terapeutyczne i rehabilitacyjne	0,7 łóżka/10.000 ludności	w tym prowadzone przez organizacje pozarządowe z uwzględnieniem zróżnicowania w poszczególnych województwach	
hostel	0,2 łóżka/10.000 ludności		

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego - cele:

CEL 1. Promowanie zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym, poprzez:

- upowszechnianie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego oraz rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu,
- zapobieganie zaburzeniom psychicznym oraz przeciwdziałanie nietolerancji, wykluczeniu i dyskryminacji osób z problemami zdrowia psychicznego,
- tworzenie instytucji poradnictwa i pomocy w kryzysach.

Cel 1 adresowany jest do osób zdrowych oraz do grup społecznych o szczególnym ryzyku powstawania problemów i zaburzeń psychicznych. Pokrywa się on z obszarem promocji zdrowych stylów życia oraz zapobieganiem zaburzeniom psychicznym.

CEL 2. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, zintegrowanej i dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku społecznym (w tym rodzinnym, zawodowym) poprzez systemowe upowszechnienie:

- środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
- zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego,
- udziału w życiu zawodowym,
- koordynacji różnych form opieki i pomocy.

Cel 2 wiąże się z obszarem leczenia, rehabilitacji oraz wsparcia społecznego dla osób chorujących psychicznie. Ponadto formułuje zadania systemowej, środowiskowej reformy opieki psychiatrycznej, w której ważne jest zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi pomocy i opieki oraz form wspierania i oparcia, aby mogły żyć we własnym środowisku społecznym, w sposób zapewniający jak najwyższą jakość życia oraz respektowanie osobowej godności i praw obywatelskich.

CEL 3. Rozwój badań naukowych i systemów informacji z zakresu ochrony zdrowia psychicznego - wskazuje potrzebę przeprowadzania badań naukowych i tworzenia systemów informatycznych, które będą gromadziły oraz systematyzowały wiedzę na temat uwarunkowań i czynników ryzyka zaburzeń psychicznych. Działania te pozwolą również na przekazanie uporządkowanej wiedzy na temat zdrowia psychicznego następnym pokoleniom.

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego ma umożliwić koordynację działań władz publicznych oraz organizacji pozarządowych, co zostało ujęte w **Działaniu 2.4. - Działania w zakresie koordynacji różnych form opieki i pomocy:**

1. Powołanie przez Prezesa Rady Ministrów Rady Ochrony Zdrowia Psychicznego z powierzeniem ministrowi zdrowia organizacji Krajowego Biura Ochrony Zdrowia Psychicznego, jako organu koordynującego realizację Programu:
 - skład: przedstawiciele parlamentu, rządu, administracji samorządowej i NFZ, konsultanci krajowi, eksperci z różnych dziedzin zwłaszcza pomocy społecznej i opieki zdrowotnej, przedstawiciele organizacji samopomocowych osób z problemami zdrowia psychicznego i ich rodzin,
 - zadania: inicjowanie dyskusji publicznej, badań, ekspertyz, rozwiązań modelowych oraz standardów opieki i szkolenia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, monitorowanie i aktualizowanie celów Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, opiniowanie zasad podziału centralnych środków budżetowych na ten cel.

2. Powołanie przez marszałków województw regionalnych zespołów ochrony zdrowia psychicznego:
 - skład: przedstawiciele sejmiku wojewódzkiego, urzędu wojewody i NFZ, konsultant wojewódzki, eksperci z różnych dziedzin, przedstawiciele organizacji samopomocowych,
 - zadania: przygotowanie, koordynowanie i monitorowanie realizacji Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, organizowanie szkoleń w zakresie psychiatrii środowiskowej oraz opiniowanie przeznaczenia i wykorzystania środków własnych, jak również przyznanych w ramach dotacji środków budżetowych.
3. Powołanie przez władze samorządów lokalnych zespołów ochrony zdrowia psychicznego na terenie powiatów, dzielnic, a w razie potrzeby na poziomie gmin:
 - skład: przedstawiciele władz samorządowych, kierownicy placówek opieki zdrowotnej i pomocy społecznej z danego terenu, przedstawiciele lokalnych organizacji samopomocowych,
 - zadania: ocena potrzeb ludności w zakresie zdrowia psychicznego i opieki psychiatrycznej oraz realizacja lokalnych zadań wynikających z Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, opiniowanie wykorzystania przyznanych środków finansowych, ustalenie podziału odpowiedzialności i zasad współpracy między opieką psychiatryczną, podstawową opieką zdrowotną oraz pomocą społeczną, organizowanie szkoleń w zakresie psychiatrii środowiskowej.

Wejście w życie nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego ułatwi realizację Zadania II.4 Strategii Polityki Zdrowotnej, mimo, że pewne zapisy niniejszego dokumentu ulegną dezaktualizacji.

W zakresie dostosowania struktury bazy łóżkowej do potrzeb i możliwości województwa, pierwszy etap realizacji NPOZP przewiduje ukonstytuowanie zespołów koordynujących na obszarze kraju, regionów oraz wspólnot lokalnych (najczęściej powiatu) oraz:

- szkolenia osób koordynujących oraz pracowników samorządowych w zakresie promocji, zapobiegania i ochrony zdrowia psychicznego oraz zarządzania planowanymi zmianami,
- ocenę lokalnych zasobów oraz potrzeb promocyjno-prewencyjnych, zdrowotnych, szkoleniowych i inwestycyjnych koniecznych do realizacji Programu,
- przygotowanie Regionalnych Programów Ochrony Zdrowia Psychicznego, dostosowujących ogólne cele programu do specyfiki regionu, określających regionalne zasoby i potrzeby, harmonogram działań oraz przewidywane koszty i sposoby pozyskiwania środków na realizację planowanych celów,
- realizację oraz ocenę regionalnych i lokalnych eksperymentów badających modele środowiskowych rozwiązań organizacyjnych i finansowych w różnych warunkach (wiejskim, miejskim, wielkomiejskim).

W ramach drugiego etapu, czyli właściwej realizacji NPOZP urzeczywistniane będą zadania zapisane w planach regionalnych. Tempo realizacji działań programowych uzależnione będzie od lokalnych uwarunkowań oraz dynamiki dopływu środków finansowych.

W drugiej fazie nastąpi:

- tworzenie i rozbudowa sieci lokalnych ośrodków zdrowia psychicznego,
- przekształcanie systemu opieki zgodnie z modelem środowiskowym,
- dostosowanie systemu szkolenia zawodowego do potrzeb wynikających z zadań Programu,
- dostosowanie systemu ubezpieczeń społecznych i finansowania świadczeń zdrowotnych do środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej,
- tworzenie sieci oparcia społecznego, szans aktywności zawodowej i integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi,
- realizacja programów z zakresu promocji i zapobiegania zaburzeniom psychicznym,
- realizacja systemów informatycznych i badań naukowych w zakresie zdrowia psychicznego,
- monitorowanie realizacji Programu.

W celu zwiększenia bazy leczenia psychiatrycznego, w Strategii Polityki Zdrowotnej, jako jeden z priorytetów wskazano wzrost liczby łóżek psychiatrycznych w szpitalach ogólnych. Również NPOZP przewiduje daleko idące przekształcenia i modernizację leczenia szpitalnego, polegające przede wszystkim na rozwoju sieci oddziałów w szpitalach ogólnych. Zakłada się, że zmianom tym powinien towarzyszyć równoległy proces znacznego zmniejszania liczby łóżek w dużych szpitalach psychiatrycznych. W rezultacie przemian opieka szpitalna powinna stać się dużo bardziej dostępna i profesjonalna.

Strategia Polityki Zdrowotnej jasno określa rolę nowoczesnego modelu opieki, jakim jest model opieki środowiskowej, polegający na udzielaniu pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi, głównie w ich środowisku. Psychiatria środowiskowa jest w Polsce w dalszym ciągu rozwiązaniem nowatorskim. Nadal dominuje tradycyjny model opieki, w którym centralne miejsce zajmuje hospitalizacja psychiatryczna. NPOZP przewiduje rozwój opieki opartej o zasady psychiatrii środowiskowej, gdzie rola hospitalizacji ograniczona jest do niezbędnego minimum.

Podstawowym ogniwem opieki środowiskowej są poradnie oraz zróżnicowane modele opieki pośredniej, takie jak różne formy częściowej hospitalizacji (oddziały dzienne, nocne), zespoły opieki środowiskowej, ośrodki interwencji kryzysowych oraz różne typy opieki dziennej (kluby, środowiskowe domy samopomocy, warsztaty terapii zajęciowej), a także zróżnicowane formy zamieszkania (mieszkania chronione, hostele).

Wprowadzenie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego może znacznie przyspieszyć przejście do nowoczesnego modelu opieki. Program bowiem jasno określa odpowiedzialność organów samorządowych i rządowych za realizację jego celów (np. na ocenę lokalnych potrzeb i koordynację planu ich zaspokojenia, tworzenie planów wojewódzkich, projektowanie modelowych rozwiązań organizacyjnych, niezbędne przedsięwzięcia modernizacyjne i inwestycyjne) oraz wskazuje źródła wsparcia organizacyjnego i finansowego.

Zarówno Strategia Polityki Zdrowotnej oraz cel trzeci Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego podkreślają nieocenioną rolę promowania zdrowia psychicznego oraz zapobiegania zaburzeniom psychicznym.

NPOZP kładzie również nacisk na niedopuszczanie do dyskryminacji osób doświadczających zaburzeń psychicznych poprzez edukację społeczną na temat zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób psychicznych.

„Program Wojewódzki – Strategia Polityki Zdrowotnej Województwa Łódzkiego na lata 2006-2013” wskazuje następujące kierunki w opiece psychiatrycznej:

1. Potrzebę tworzenia łóżek w psychiatrycznych oddziałach dziecięcych. W 2006 roku liczba łóżek psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży wynosiła 49 (17 łóżek dla dzieci oraz 32 dla młodzieży; współczynnik 0,19 łóżka na 10.000 mieszkańców). W roku 2007 nastąpił niewielki wzrost do 53 łóżek psychiatrycznych (21 łóżek dla dzieci oraz 32 łóżka dla młodzieży; współczynnik 0,21 na 10.000 mieszkańców). Szczegółowe informacje zawarte w Tabeli nr 15 oraz Tabeli nr 16.

Liczba łóżek psychiatrycznych przeznaczonych dla osób dorosłych w 2006 roku wynosiła 1.404 (w oddziałach psychiatrycznym, psychogeriatrycznym oraz psychiatrycznym dla chorych na gruźlicę), z kolei w roku 2007 zmniejszyła się o 17 łóżek i była równa 1.387. Szczegółowe informacje zawarte w Tabeli Nr 14 oraz Tabeli Nr 15.

Tabela Nr 14.

Oddziały psychiatryczne (kod 4700, 4701) na terenie województwa łódzkiego w latach 2006-2007 (według danych WCZP w Łodzi)

Wyszczególnienie		Rok 2006		Rok 2007	
		Liczba łóżek w dniu 31.12.	Leczono chorych	Liczba łóżek w dniu 31.12.	Leczono chorych
dla dorosłych					
OGÓLEM		1299	14197	1303	13837
w tym	Zakłady wojewódzkie	1021	11470	1011	11147
	Zakłady powiatowe	136	1419	136	1431
	Szpitala kliniczne i instytuty naukowo-badawcze	142	1308	141	1189
	Zakłady niepubliczne	-	-	15	70
Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie		185	1684	178	1682
Specjalistyczny Psychiatryczny ZOZ w Łodzi		451	5187	448	4918
Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Warcie		275	3434	275	3377
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Skłodowskiej-Curie w Zgierzu		110	1165	110	1170
Centralny Szpital Kliniczny w Łodzi		185	1308	141	1189
SPZOZ im. E. Biernackiego w Pabianicach		96	730	96	673
Szpital w Tomaszowie Mazowieckim		40	689	40	758
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Prywatna Klinika Psychiatryczna "INVENTIVA" w Tuszninie		-	-	15	70
dla dzieci i młodzieży					
OGÓLEM		49	522	53	564
w tym	zakłady wojewódzkie	17	216	21	185
	Szpitala kliniczne i instytuty naukowo-badawcze	32	306	32	379
Specjalistyczny Psychiatryczny ZOZ w Łodzi		17	216	21	185
Centralny Szpital Kliniczny w Łodzi		32	306	32	379

Tabela Nr 15.

Łóżka psychiatryczne na terenie województwa łódzkiego w latach 2006-2007
(według danych WCZP w Łodzi)

Oddział	Kod	Liczba łóżek	
		2006	2007
dla dorosłych			
Oddział psychiatryczny	4700	1299	1303
Oddział psychogeriatryczny	4712	85	78
Oddział psychiatryczny dla chorych na gruźlicę	4714	20	6
RAZEM	-	1404	1387
dla dzieci i młodzieży			
Oddział psychiatryczny dla dzieci	4701	17	21
Oddział psychiatryczny dla młodzieży	4703	32	32
RAZEM	-	49	53

2. Potrzebę tworzenia łóżek leczenia uzależnień. W pierwszym roku obowiązywania dokumentu strategicznego w oddziałach: leczenia uzależnień, terapii uzależnienia od alkoholu i detoksykacji było 214 łóżek (współczynnik 0,83 łóżka na 10.000 mieszkańców). W 2007 roku ich liczba wzrosła do 247 łóżek, co spowodowało iż współczynnik na 10.000 ludności wynosił 0,97. Więcej informacji przedstawia Tabela Nr 16.

Tabela Nr 16.

Oddziały szpitalne leczenia odwykowego w województwie łódzkim w latach 2006-2007
(stan na dzień 31.12, według danych WCZP w Łodzi)

Nazwa	2006			2007 ^{*/}		
	Kod resortowy	Liczba łóżek	Liczba leczonych	Kod resortowy	Liczba łóżek	Liczba leczonych
Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi Szpital im. dr J. Babińskiego	4 744	27	517	4 744	27	465
	4 742	10	760	4 742	10	740
	4 748	20	635	4 748	20	657
	4 746	16	109	4 754	16	132
Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie	4 740	62	1 420	4 740	62	1 206
NZOZ „WOLMED” w Bełchatowie */	-	-	-	4 740	18	98
NZOZ „WOLMED” w Bełchatowie */	-	-	-	4 742	3	354
NZOZ Prywatna Klinika Psychiatryczna „INVENTIVA” w Tuszynie	-	-	-	4 740	15	200
Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Warcie	4 740	50	713	4 740	50	660
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Skłodowskiej-Curie w Zgierzu	4 740	55	1 152	4 740	55	1 162
Razem	-	240	5 306	-	276	5 674
Razem oddziały 4744, 4748, 4740	-	214	4 437	-	247	4 448

*/ nie ujęte w sprawozdawczości i publikacji z uwagi na dostarczenie ich do WCZP w Łodzi po okresie sprawozdawczym. Źródło: Sprawozdanie MZ-30; MZ-29

3. Potrzebę tworzenia łóżek psychiatrycznych o charakterze opiekuńczo-leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym.
4. Potrzebę tworzenia miejsc w oddziałach dziennych dla dorosłych oraz dla dzieci i młodzieży. W latach 2006-2007 w oddziałach dziennych dla dorosłych liczba miejsc dla dorosłych nie zmieniła się i wynosiła 135. Natomiast nieznacznie spadła liczba miejsc dla dzieci i młodzieży – z 80 w roku 2006 do 78 w roku 2007. Dokładniejsze dane prezentuje Tabela Nr 17.

Zgodnie z zapisami Strategii Polityki Zdrowotnej o istotności rozwoju psychiatrii środowiskowej powinny być tworzone zespoły leczenia środowiskowego (domowego), które zapewniają psychiatryczne świadczenia zdrowotne pacjentom z zaburzeniami psychicznymi w ich środowisku społecznym. W roku 2006 na terenie województwa łódzkiego funkcjonowały 2 zespoły leczenia środowiskowego (domowego), natomiast w 2007 roku 3 (według NFZ).

Tabela Nr 17.

Oddziały dzienne psychiatryczne w szpitalach psychiatrycznych i ogólnych w województwie łódzkim w latach 2006-2007 (stan na dzień 31.12, według WCZP w Łodzi)

Nazwa	Lata	Kod resortowy	Liczba miejsc	Liczba leczonych
Dzienny oddział psychiatryczny dla dzieci w Łodzi ul. Głogowa	2006	2701	35	90
	2007	2701	35	79
Dzienny oddział psychiatryczny w Łodzi ul. Przędzalniana	2006	2700	35	181
	2007	2700	35	171
Dzienny oddział psychiatryczny w Łodzi ul. Aleksandrowska	2006	2700	35	154
	2007	2700	35	137
Dzienny oddział psychiatryczny w Łodzi ul. Solna	2006	2700	35	160
	2007	2700	35	164
Centralny Szpital Kliniczny w Łodzi ^{x/}	2006	2700-2701; 2720	88	933
	2007	2700-2701; 2720	86	1233
Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie	2006	4700	30	191
	2007	4700	30	139
Szpital im. E. Biernackiego w Pabianicach	2006	4700	-*)	50
	2007	4700	-*)	68
OGÓLEM	2006	-	258	1759
	2007	-	256	1991

x/ łącznie z hostelem, *) oddziały dzienne nie funkcjonowały oddzielnie, pacjenci leczeni byli w ramach lecznictwa stacjonarnego. Źródło: Sprawozdanie MZ-30; MZ-29.

5. Potrzebę tworzenia miejsc w oddziałach dziennych terapii uzależnienia od alkoholu. W roku 2006 oraz 2007 w regionie funkcjonował jeden oddział dzienny terapii uzależnienia od alkoholu liczący 20 miejsc (w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Skłodowskiej-Curie w Zgierzu).
6. Konieczność zapewnienia swobodnego dostępu do opieki ambulatoryjnej. W 2006 roku na terenie województwa łódzkiego funkcjonowało 68 poradni zdrowia psychicznego dla dorosłych oraz 8 dla dzieci i młodzieży. W 2007 roku liczba poradni zdrowia psychicznego wzrosła do 75 dla dorosłych oraz do 9 dla dzieci. Dane dotyczące lecznictwa ambulatoryjnego w województwie łódzkim przedstawia Tabela Nr 18.

Tabela Nr 18.

Lecznictwo ambulatoryjne w województwie łódzkim w latach 2006-2007
(według WCZP w Łodzi)

rodzaj poradni	liczba poradni		liczba wszystkich porad	
	2006	2007	2006	2007
poradnia zdrowia psychicznego dla dorosłych	68	75	285 672	281 846
poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży	5*	9	18 815	24 114
poradnia odwykowa (dla uzależnionych od alkoholu)	27	26	79 205	80 971
poradnia dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	4	4	6 193	2 792
poradnia psychologiczna	11	17	5 594	21 718

Źródło: Sprawozdanie MZ-15

* w 2006 r. nie są ujęte w sprawozdaniu zbiorczym 3 poradnie z liczbą 7 023 porad, gdyż sprawozdania wpłynęły po terminie

7. Zatrudnienie w wybranych grupach zawodowych w poradniach leczenia ambulatoryjnego, w oddziałach dziennych psychiatrycznych oraz w szpitalach psychiatrycznych w latach 2006-2007 przedstawiają Tabele Nr 19, 20 i 21.

Tabela Nr 19.

Zatrudnienie w wybranych **grupach zawodowych** na terenie województwa łódzkiego w 2006 i 2007 roku w poradniach leczenia ambulatoryjnego (według WCZP w Łodzi)

Zatrudnienie w wybranych zawodach istotnych dla psychiatrycznej opieki zdrowotnej	Liczba zatrudnionych w poradniach (w osobach)					
	na podstawie umowy o pracę		na podstawie umowy cywilnoprawnej		razem	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007
psychiatrzy	120	128	84	98	204	226
pielęgniarki	77	56	8	9	85	65
psycholodzy	115	130	37	56	152	186
specjaliści terapii uzależnień	31	29	7	5	38	34
instruktorzy terapii uzależnień	22	29	7	4	29	33
terapeuci zajęciowi	2	10	3	3	5	13
pracownicy socjalni	19	15	10	5	29	20
inni terapeuci	10	19	4	6	14	25

Źródło: Sprawozdania MZ-15 (grupy zawodowe wg sprawozdania)

Tabela Nr 20.

Zatrudnienie w wybranych grupach zawodowych w szpitalach psychiatrycznych na terenie województwa łódzkiego stan na 31.12. (według WCZP w Łodzi)

Zatrudnienie w grupach zawodowych	2006			2007 ^{x/}		
	Liczba zatrudnionych (w osobach)			Liczba zatrudnionych (w osobach)		
	na podstawie stosunku pracy	na podstawie umowy cywilnoprawnej	razem	na podstawie stosunku pracy	na podstawie umowy cywilnoprawnej	razem
Lekarze ogółem	79	3	82	82	22	104
w tym:						
psychiatrzy z I st.	3	-	3	3	3	6
psychiatrzy z II st. i specjaliści psych. (w nowym systemie jednostopniowym)	38	-	38	36	6	42
Pielęgniarki	318	-	318	327	8	335
Psycholodzy	28	-	28	28	8	36
Specjaliści terapii uzależnień	4	-	4	11	-	11
Instruktorzy terapii uzależnień	6	-	6	8	-	8
Terapeuci zajęciowi	15	-	15	19	1	20
Pracownicy socjalni	8	-	8	10	3	13
Inni terapeuci	5	-	5	6	2	8

*/ NZOZ "WOLMED" w Bełchatowie nie ujęty w sprawozdawczości i publikacji z uwagi na dostarczenie ich do WCZP w Łodzi po okresie sprawozdawczym

Tabela Nr 21.

Zatrudnienie w wybranych grupach zawodowych w oddziałach dziennych psychiatrycznych w szpitalach psychiatrycznych na terenie województwa łódzkiego według stanu na 31.12. (według WCZP w Łodzi)

Zatrudnienie w grupach zawodowych	2006			2007		
	Liczba zatrudnionych (w osobach)			Liczba zatrudnionych (w osobach)		
	na podstawie stosunku pracy	na podstawie umowy cywilnoprawnej	razem	na podstawie stosunku pracy	na podstawie umowy cywilnoprawnej	razem
Lekarze ogółem	8	-	8	7	-	7
w tym m.in.:						
psychiatrzy z I st.	2	-	2	1	-	1
psychiatrzy z II st. i specjaliści psych. (w nowym systemie jednostopniowym)	5	-	5	5	-	5
Pielęgniarki	9	-	9	9	-	9
Psycholodzy	5	-	5	5	-	5
Specjaliści terapii uzależnień	-	-	-	-	-	-
Instruktorzy terapii uzależnień	-	-	-	-	-	-
Terapeuci zajęciowi	3	-	3	3	-	3
Pracownicy socjalni	3	-	3	3	-	3
Inni terapeuci	-	-	-	-	-	-

CEL SZCZEGÓŁOWY III POPRAWA BEZPIECZEŃSTWA ZDROWOTNEGO.

Zadanie III.1

Rozbudowa Zintegrowanego Systemu Ratownictwa Medycznego.

W czasie tworzenia Strategii Polityki Zdrowotnej jednym z założeń było zintegrowanie wszystkich podmiotów ratownictwa medycznego w jeden system mający wspólną lub kompatybilną sieć łączności, jednakowe procedury ratownicze oraz sprzęt medyczny na zasadzie „jednych noszy od miejsca zdarzenia do oddziału ratunkowego”, tak aby zapewnić poszkodowanemu dotarcie do szpitalnego oddziału ratunkowego w możliwie krótkim czasie. Ze względu na liczne nowelizacje ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, a tym samym ciągle odkładanie w czasie jej funkcjonowania, system ratownictwa medycznego w istocie nie działał.

Najważniejszą zmianą, która nastąpiła od przyjęcia Strategii Polityki Zdrowotnej było wprowadzenie w życie ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2006 roku Nr 191 poz. 1410 ze zmianami). Ustawa ta dała długo oczekiwane podstawy do sprawnego organizowania systemu. Zgodnie z ustawą planowanie, organizowanie, koordynowanie systemu oraz nadzór nad nim na terenie województwa powierzono Wojewodzie. Kluczowym dokumentem określającym sposób organizacji i funkcjonowania systemu na terenie województwa jest, opracowywany przez Wojewodę, wojewódzki plan działania systemu.

W tym samym czasie pojawiła się perspektywa pozyskania dodatkowych środków finansowych na rozwój systemu ratownictwa medycznego w związku z nowym okresem programowania. Środki te pochodzą z Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2007-2013 w ramach Osi priorytetowej XII: Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia Działania 12.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego. Typy projektów, jakie będą mogły uzyskać dofinansowanie w ramach tego działania, to:

- zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego wraz z wyposażeniem,
- rozbudowa, remont i wyposażenie centrów urazowych,
- przebudowa, rozbudowa i remont obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia w zakresie ratownictwa medycznego (szpitalne oddziały ratunkowe istniejące lub planowane do utworzenia zgodnie z wojewódzkim planem działania systemu) w taki sposób, aby dostosować je do wymogów określonych w obowiązujących przepisach prawa,
- zakup wyrobów medycznych służących do diagnostyki lub terapii, z wyłączeniem wyrobów i produktów jednorazowego użytku, w tym dostosowanie stanu technicznego istniejącej infrastruktury do użytkowania zakupionych wyrobów,
- budowa i remont baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego,
- budowa i remont lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych,
- budowa i wyposażenie wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego.

Przedstawione powyżej zmiany mają istotne znaczenie dla realizacji Zadania III.1 – Rozbudowa Systemu Ratownictwa Medycznego. Wejście w życie przepisów dotyczących systemu ratownictwa medycznego z jednej strony ułatwi realizację zadania, z drugiej jednak strony niektóre założenia przyjęte w Strategii Polityki Zdrowotnej w odniesieniu do Zadania III.1, nie zostaną spełnione, ze względu na brak zgodności z obecnym stanem prawnym.

Z sytuacją taką mamy do czynienia w odniesieniu do priorytetu dotyczącego **rozszerzenia bazy centrów powiadamiania o zdarzeniach nagłych**. W Strategii Polityki Zdrowotnej, na podstawie Wojewódzkiego Roczego Planu Zabezpieczenia Medycznych Działań Ratowniczych dla Województwa Łódzkiego na 2006 zaznaczono potrzebę utworzenia kolejnych ośmiu Centrów Powiadamiania Ratunkowego (CPR). Wskazano także, że miejscami tymi mogą być zarówno wspólne stanowiska dla dyspozytorów różnych służb ratunkowych, jak również odrębne dyspozytornie, do których sygnał przywoławczy będzie dopływał jednocześnie (trankingowy system łączności). W związku z trudnościami z tworzeniem wspólnych CPR przez kilka powiatów zasugerowano rozszerzenie bazy Centrów Powiadamiania Ratunkowego o jednostki w powiatach, które podejmą decyzję o samodzielnym tworzeniu i finansowaniu CPR.

Zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym, to wojewoda, a nie - jak wcześniej - starosta, ma obowiązek zapewnić realizację zadań Centrów Powiadamiania Ratunkowego (CPR). W każdym województwie będzie działało docelowo jedno centrum, zlokalizowane w komórce organizacyjnej urzędu wojewódzkiego odpowiedzialnej za sprawy zarządzania kryzysowego. Stanowiska przyjmowania zgłoszeń mają umożliwiać przyjmowanie zgłoszeń z numeru alarmowego 112, ich weryfikację i przekierowywanie odpowiednio do właściwej jednostki Policji, Państwowej Straży Pożarnej i pogotowia ratunkowego (dyspozytora medycznego). Do dnia 31 grudnia 2010 roku, Wojewoda może powierzyć w drodze porozumienia, wykonywanie zadania Centrów Powiadamiania Ratunkowego innym podmiotom.

W województwie łódzkim nie funkcjonują obecnie centra powiadamiania ratunkowego. Zadania centrów Wojewoda powierzył jednostkom organizacyjnym Państwowej Straży Pożarnej i jednostkom Policji. Dnia 20 grudnia 2006 roku zawarto trójstronne porozumienie w tej sprawie pomiędzy Wojewodą Łódzkim a Komendantem Wojewódzkim Państwowej Straży Pożarnej w Łodzi oraz Komendantami Powiatowymi Państwowej Straży Pożarnej, natomiast dnia 21 grudnia 2006 roku zawarto porozumienie w sprawie powierzenia realizacji zadań centrów powiadamiania ratunkowego na terenie województwa łódzkiego pomiędzy Wojewodą Łódzkim a Komendantem Wojewódzkim Policji w Łodzi. Powierzone zadania obejmują w szczególności przyjmowanie zgłoszeń z numeru alarmowego „112” z telefonii stacjonarnej (PSP) i komórkowej (Policja) oraz przekierowywanie tych zgłoszeń do właściwych jednostek.

Dla sprawnej realizacji działań ratowniczych w Łódzkim Urzędzie Wojewódzkim powołano lekarza koordynatora ratownictwa medycznego, którego zadaniem jest nadzór merytoryczny nad pracą dyspozytorów medycznych, udzielanie im niezbędnych informacji i merytorycznej pomocy oraz koordynacja współpracy dyspozytorów medycznych. Zarządzeniem nr 84/2007 Wojewody Łódzkiego z dnia 27 lutego 2007 roku wprowadzono procedury i wytyczne dla lekarza koordynatora ratownictwa medycznego.

Kolejna różnica pomiędzy zapisami Strategii Polityki Zdrowotnej, a aktualnymi przepisami dotyczy **ustalenia liczby zespołów ratownictwa medycznego na terenie województwa łódzkiego**. W Strategii Polityki Zdrowotnej przyjęto, że obszar działania jednego zespołu wyjazdowej pomocy doraźnej nie powinien przekraczać w mieście 30 kilometrów kwadratowych i poza miastem 300 kilometrów kwadratowych. Zgodnie z powyższym na terenie województwa łódzkiego powinno działać minimum 30 zespołów reanimacyjnych i 60 zespołów wypadkowych.

W ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym określono liczbę zespołów wyjazdowych w oparciu o parametry czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego. W związku z tym, obecnie zachodzi konieczność zapewnienia takiej liczby zespołów ratownictwa medycznego, aby spełnić wymogi dotyczące czasu dojazdu na miejsce zdarzenia.

Zespoły ratownictwa medycznego zgodnie z przepisami podzielono na zespoły specjalistyczne – S (wcześniej reanimacyjne), w skład których wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny oraz na zespoły podstawowe – P (wcześniej wyjazdowe), bez lekarza systemu.

Na terenie województwa, w Porcie Lotniczym Łódź im. Wł. Reymonta stacjonuje jeden śmigłowiec ratownictwa medycznego, należący do Lotniczego Pogotowia Ratunkowego w Łodzi. Śmigłowiec w ciągu 15 min od momentu wezwania ma możliwość lotu na odległość 60 km od miejsca stacjonowania.

Dobrze przebiega realizacja priorytetu dotyczącego **przygotowania lądowisk w bezpośrednim sąsiedztwie wielospecjalistycznych szpitali**. Do końca roku 2007 dostęp do lądowiska posiadało 18 szpitali na terenie województwa łódzkiego, z czego 7 placówek posiadało własne lądowiska (SP ZOZ w Brzezinach, SP ZOZ w Kutnie, Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie, Samodzielny Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim, SP ZOZ im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi oraz Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki). Nadal nie została zakończona budowa lądowiska przy Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Marii Skłodowskiej – Curie w Zgierzu.

W Strategii Polityki Zdrowotnej, określono również inne priorytety, które mają służyć realizacji Zadania III.1. Wśród priorytetów tych należy wymienić:

- Tworzenie Centrów Leczenia Urazów Wielonarządowych.
- Utworzenie Regionalnego Ośrodka Leczenia Udarów.
- Tworzenie oddziałów rehabilitacji neurologicznej
- Kształcenie osób w zakresie pierwszej pomocy przedmedycznej oraz organizacja specjalistycznych szkoleń w zakresie ratownictwa medycznego dla personelu medycznego.

Zgodnie ze Strategią Polityki Zdrowotnej **Centra Leczenia Urazów Wielonarządowych** miały powstać w każdym ze szpitali wielospecjalistycznych, w których funkcjonuje szpitalny oddział ratunkowy. W ich skład wchodziłyby: izba przyjęć, szpitalny oddział ratunkowy, oddział leczenia urazów wielonarządowych i ewentualnie zespół wyjazdowy. Do powstania Centrów konieczne byłoby utworzenie w wyznaczonych szpitalach oddziałów leczenia urazów wielonarządowych (np. poprzez wydzielania 4 – 5 łóżek do leczenia tego typu urazów) oraz znacznego doposażenia tych placówek w sprzęt i aparaturę diagnostyczną.

Do końca 2007 roku na terenie województwa łódzkiego nie utworzono żadnego oddziału leczenia urazów wielonarządowych, a tym samym nie powstało żadne Centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych.

Jednocześnie w tym samym roku, na poziomie centralnym, opracowano koncepcję utworzenia 10 Ośrodków Urazowych w największych aglomeracjach miejskich w Polsce. Założono, że projekt będzie realizowany w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2007-2013 z Osi priorytetowej XII Działanie 12.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego, jako projekt systemowy Ministra Zdrowia pn. Rozbudowa, remont i wyposażenie centrów urazowych.

Zgodnie z nową koncepcją na terenie województwa łódzkiego powinno powstać jedno centrum urazowe. W 2007 roku na wniosek Konsultanta Wojewódzkiego ds. Medycyny Ratunkowej akces utworzenia takiego centrum zgłosił Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi. Projekt ten uzyskał pozytywne opinie konsultantów

wojewódzkich oraz Wojewody Łódzkiego i przesłany został do rozpatrzenia przez Ministerstwo Zdrowia, jako jeden z 10 ośrodków ubiegających się o utworzenie Centrum Urazowego przy wsparciu funduszy unijnych. Szpital im. M. Kopernika posiada dogodną lokalizację, a ponadto dysponuje niezbędnymi warunkami do utworzenia takiego centrum. Jest szpitalem pełnoprofilowym posiadającym m.in. szpitalny oddział ratunkowy oraz lądowisko. Przy pomocy środków finansowych pozyskanych z Ministerstwa Zdrowia na zakup niezbędnego sprzętu medycznego i nakładów na infrastrukturę utworzenie Centrum byłoby przedsięwzięciem realnym, które pozwoli na zmniejszenie śmiertelności oraz innych następstw urazów powypadkowych, a jednocześnie zwiększy ofertę leczniczą Szpitala.

Do końca 2007 roku nie utworzono na terenie województwa łódzkiego, zapisanego w Strategii, **Regionalnego Ośrodka Leczenia Udarów**. Nie mniej jednak zaplanowano powstanie takiego ośrodka w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Kopernika w Łodzi. Realizacja powyższego planu jest zgodna z celami „Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo - Naczyniowego na lata 2006-2008 POLKARD”, w którym szpital uczestniczy. Powstanie Regionalnego Ośrodka Leczenia Udarów z wczesną rehabilitacją w Szpitalu im. M. Kopernika w Łodzi umożliwi rehabilitację przyłózkową pacjentów, co oznacza, że chorzy będą rewalidowani natychmiast po wystąpieniu udarów mózgu. W 2007 roku powyższa placówka otrzymała dotację w wysokości 250.000 zł ze środków Samorządu Województwa Łódzkiego na realizację zadania pod nazwą „Modernizacja Oddziału Neurologii”. Przedsięwzięcie to związane było z przeniesieniem Oddziału Neurologii oraz modernizacją i adaptacją sal chorych na sale leczenia udaru i wczesnej rehabilitacji w ramach rozpoczęcia projektu: tworzenie Regionalnego Ośrodka Leczenia Udarów z wczesną rehabilitacją.

W województwie łódzkim nieznacznie poprawił się dostęp do **rehabilitacji neurologicznej**. W momencie powstawania Strategii Polityki Zdrowotnej nie było w województwie oddziałów rehabilitacji neurologicznej, natomiast w latach 2006 i 2007 funkcjonowały dwa oddziały o tym profilu: w Specjalistycznym Psychiatrycznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Łodzi - z 6 łózkami oraz w Szpitalu SYSTEM S1 s.c. w Tuszynie – z 30 łózkami. Zgodnie z założeniami polityki zdrowotnej województwa łódzkiego do 2013 roku istnieje potrzeba uruchomienia przynajmniej 60 łóżek rehabilitacji neurologicznej.

Sprawny system ratownictwa medycznego zależy w dużym stopniu od skuteczności działania osób zawodowo wykonujących czynności ratownicze, jak również od umiejętności udzielania pomocy przedmedycznej przez osoby, które są świadkami sytuacji zagrożenia życia ludzkiego. Dlatego duży nacisk należy położyć na **kształcenie** społeczeństwa w tym zakresie.

Uniwersytet Medyczny w Łodzi kształci profesjonalną kadrę ratowników medycznych na kierunku ratownictwo medyczne. W latach 2006-2007 wyżej wymieniony kierunek ukończyło ze stopniem licencjata 160 osób (w roku 2006 – 81 osób, w roku 2007 – 79 osób), a ze stopniem magistra 94 osoby (po 47 osób w 2006 i 2007 roku).

Ponadto w województwie łódzkim prowadzone są ogólnodostępne kursy w zakresie pierwszej pomocy jak również szkolenia skierowane do grup zawodowych zajmujących się pacjentami w stanie zagrożenia życia (np. lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych). Brak jest pełnej informacji na temat liczby kursów przeprowadzanych w ciągu roku w tym zakresie oraz podmiotów, które je organizują. Działalność szkoleniową w tym zakresie prowadzi m.in. Szkoła Ratownictwa Medycznego przy Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego w Łodzi. W latach 2006-2007 przeprowadzono w niej 97 kursów, które ukończyło 3008 osób. Były to m.in. kursy dla pracowników medycznych – ALS (Advanced Life Support), szkolenia

dla ratowników przedmedycznych skierowane do osób niezwiązanych z medycyną - w zakresie udzielania podstawowych zabiegów resuscytacyjnych – BLS (Basic Life Support) oraz obsługi automatycznych defibrylatorów zewnętrznych – AED (Automated External Defibrillation), jak również kursy pierwszej pomocy.

Zadanie III.2

Utworzenie ośrodka leczenia osób narażonych na broń biologiczną (izolatorium).

W celu zapewnienia bezpieczeństwa mieszkańców województwa łódzkiego oraz poprawy sprawności systemu reagowania w przypadku zagrożenia atakiem bioterrorystycznym lub epidemii chorób zakaźnych zaliczanych do katalogu broni biologicznej, zaplanowano utworzenie w strukturach Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. Wł. Biegańskiego w Łodzi tzw. izolatorium.

Założenia dotyczące utworzenia izolatorium określone w Strategii Polityki Zdrowotnej, w znacznie rozbudowanej formie zawarto w projekcie Szpitala im. Wł. Biegańskiego pn. **„Poprawa stanu bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców Województwa Łódzkiego poprzez utworzenie na bazie oddziałów zakaźnych Centrum Diagnostowania i Leczenia Chorób Zakaźnych w WSSZ. im. dr Wł. Biegańskiego”**. Projekt ten uchwałą Zarządu Województwa Łódzkiego z 8 sierpnia 2007 roku, został umieszczony w Indykatywnym Wykazie Indywidualnych Projektów Kluczowych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego, co świadczy o jego strategicznym znaczeniu dla realizacji RPO WŁ i dla rozwoju województwa, a jednocześnie umożliwi kompleksową realizację zadania.

W ramach projektu wykonane zostaną następujące zadania:

- Przebudowa Pawilonu F – Izolatorium i zakup sprzętu medycznego wraz z wyposażeniem,
- Przebudowa Zakaźnej Izby Przyjęć i zakup sprzętu medycznego wraz z wyposażeniem,
- Przebudowa Oddziałów Zakaźnych i zakup sprzętu medycznego wraz z wyposażeniem,
- Modernizacja pomieszczeń dezynfektorni, sterylizatorni wraz z zakupem sprzętu do mycia, dezynfekcji i sterylizacji szpitalnej,
- Zakup tomografu komputerowego, montaż i przebudowa pomieszczeń w celu dostosowania ich do funkcjonowania aparatu,
- Przebudowa Laboratorium Szpitalnego i Przychodni Specjalistycznej Pawilon G - zakup sprzętu medycznego wraz z wyposażeniem,
- Działania edukacyjno-promocyjne.

Przewidywany termin zakończenia realizacji projektu został wyznaczony na koniec 2012 roku. Stworzenie warunków do prowadzenia pełnej izolacji wzbogaci ofertę diagnostyczną świadczoną przez Oddziały Zakaźne znajdujące się na terenie Szpitala oraz zwiększy bezpieczeństwo zdrowotne mieszkańców województwa.

Zorganizowanie specjalistycznego Centrum wymaga nakładów finansowych w kwocie około 30.000.000 zł. Szpital, dzięki zakwalifikowaniu projektu do Indykatywnego Wykazu Indywidualnych Projektów Kluczowych dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2007 – 2013, otrzymał wstępną zgodę na dofinansowanie ze środków unijnych w wysokości 22.875.000,00 zł.

W roku 2007 Szpital uzyskał dotację z budżetu Samorządu Województwa Łódzkiego w kwocie 250.000 złotych, za którą wykonano dokumentację projektowo-techniczną przebudowy Pawilonu F z wydzieleniem Izolatorium oraz Zakaźnej Izby Przyjęć. W budżecie województwa łódzkiego na 2008 rok zarezerwowano środki finansowe w wysokości 2.612.500 zł jako wkład własny Szpitala na realizację I etapu projektu w 2008 roku.

Zadanie III.3

Budowa systemu realizacji świadczeń w ramach nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej w oparciu o podstawową opiekę zdrowotną.

Założeniem niniejszego zadania jest zapewnienie pacjentowi dostępu do opieki medycznej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w nocy oraz w soboty, niedziele i święta. Realizacja zadania ma wpłynąć także na wyeliminowanie przypadków nieuzasadnionego wzywania zespołów ratownictwa medycznego, a w szczególności zapobiec sytuacjom, w których lekarz podstawowej opieki zdrowotnej odmawia udzielenia pomocy zalecając jednocześnie pacjentowi, aby skorzystał ze świadczeń ratownictwa medycznego.

Zgodnie z przepisami każdej osobie ubezpieczonej w Narodowym Funduszu Zdrowia przysługuje dostęp do opieki medycznej w ramach nocnej i świątecznej ambulatoryjnej i wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej. Usługi tego typu świadczą jednostki podstawowej opieki zdrowotnej, które mają zawartą umowę na ten zakres świadczeń z Oddziałem Wojewódzkim NFZ. Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej może zapewniać opiekę w ramach nocnej i świątecznej ambulatoryjnej i wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej swoim pacjentom we własnym zakresie lub poprzez współpracę z innymi podmiotami. W tej drugiej sytuacji poradnia POZ powinna wskazać swoim świadczeniobiorcom przychodnię lub gabinet, gdzie mogą oni uzyskać opiekę medyczną w nocy i dni wolne.

Świadczenia udzielane są od poniedziałku do piątku w godz. 18.00 - 8.00 dnia następnego oraz całodobowo w soboty, niedziele i święta. Osoby ubezpieczone mogą korzystać z tej pomocy bezpłatnie i bez skierowania w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, a także w związku z potrzebą zachowania ciągłości leczenia, w szczególności wtedy, gdy:

- nie ma objawów sugerujących bezpośrednie zagrożenie życia lub grożących istotnym uszczerbkiem zdrowia (gdy takie objawy występują, należy wezwać zespół ratownictwa medycznego),
- zastosowane środki domowe lub leki dostępne bez recepty nie przyniosły spodziewanej poprawy,
- występują istotne obawy, że oczekiwanie na otwarcie przychodni, może znacząco niekorzystnie wpłynąć na rozwój choroby i stan zdrowia.

W ramach nocnej i świątecznej opieki lekarskiej pacjenci nie mogą uzyskać recepty na stosowane stale leki w związku ze schorzeniem przewlekłym, rutynowego zaświadczenia o stanie zdrowia, ani skierowania do specjalisty. Opieka tego typu nie obejmuje także wizyt kontrolnych w związku z wcześniej rozpoczętym leczeniem.

Zgodnie z informacjami uzyskanymi z Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ liczba świadczeniodawców, którzy udzielali świadczeń w rodzaju nocna i świąteczna ambulatoryjna i wyjazdowa pomoc lekarska i pielęgniarska w województwie łódzkim wynosiła: w roku 2005 – 62, w roku 2006 – 77, natomiast w roku 2007 - 76. W wymienionych latach wzrastał odsetek osób zadeklarowany do placówek POZ, objętych nocną i świąteczną pomocą medyczną i w roku 2007 wynosił on 100%.

Tabela Nr 22.

Odsetek osób zadeklarowany do placówek POZ, objętych nocną i świąteczną ambulatoryjną i wyjazdową pomocą lekarską i pielęgniarzką (według danych ŁOW NFZ)

	Odsetek osób zadeklarowany na XII 2005 r.	Odsetek osób zadeklarowany na XII 2006 r.	Odsetek osób zadeklarowany na XII 2007 r.
Nocna i świąteczna ambulatoryjna opieka lekarska	81%	100%	100%
Nocna i świąteczna wyjazdowa opieka lekarska	83%	100%	100%
Nocna i świąteczna ambulatoryjna opieka pielęgniarzka	79%	99,12%	100%
Nocna i świąteczna wyjazdowa opieka pielęgniarzka	82%	99,53%	100%

Według ŁOW NFZ dostępność do świadczeń w ramach nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarzkiej została zapewniona poprzez zawarcie umów ze świadczeniodawcami na terenie całego oddziału i objęcie opieką wszystkich podopiecznych jednostek POZ.

Przebieg prawidłowej, zgodnej z podpisanymi przez ŁOW NFZ umowami, realizacji świadczeń nadzorowany jest w procesie kontroli jednostek świadczących usługi z wyżej wymienionego zakresu. Prowadzone kontrole wykazały podobne nieprawidłowości, jak w całej podstawowej opiece zdrowotnej (informacje na temat zamieszczono w opisie Zadania II.1). W przypadku negatywnej oceny działalności świadczeniodawcy, płatnik w zaleceniach pokontrolnych nakazywał usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości oraz nakładał kary finansowe.

Ponadto w latach 2005 – 2007 do ŁOW NFZ wpłynęło 36 skarg od świadczeniobiorców, korzystających ze świadczeń nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarzkiej. Skargi te dotyczyły głównie: odmowy udzielenia świadczenia w ramach wizyty domowej, odmowy udzielenia świadczenia w ambulatorium, niewłaściwej postawy personelu, odmowy transportu do szpitala. Przeprowadzone przez ŁOW NFZ postępowania wyjaśniające pozwoliły ustalić, że znaczna część skarg była nieuzasadniona. Jednocześnie w kierowanych do świadczeniodawców oraz świadczeniobiorców pismach, ŁOW NFZ wskazywał sposób rozwiązania problemu oraz informował o zasadach udzielania świadczeń zgodnie z treścią zawartych umów.

CEL SZCZEGÓŁOWY IV PROMOCJA ZDROWIA I ZAPOBIEGANIE CHOROBYM

Zadanie IV.1

Kontynuacja Wojewódzkiego Programu Gruźlicy Płuc i Chorób Nowotworowych Układu Oddechowego.

W 2006 i 2007 roku kontynuowano Wojewódzki Program Gruźlicy Płuc i Nowotworów Układu Oddechowego. Realizatorem Programu był Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi.

Celem Programu była eliminacja gruźlicy jako choroby o znaczeniu społecznym poprzez ograniczenie szerzenia się zakażenia w populacji województwa łódzkiego drogą szybkiego wykrywania i skutecznego leczenia chorych na gruźlicę. Program składał się z trzech etapów obejmujących dwie konsultacje z lekarzem pulmonologiem oraz wykonanie zdjęcia radiologicznego klatki piersiowej.

Działania wynikające z Programu prowadzono na terenie wybranych powiatów województwa łódzkiego m.in.: bełchatowskiego, brzezińskiego, łaskiego, radomszczańskiego, zduńskowolskiego, zgierskiego, skierniewickiego, wieruszowskiego, pajęczańskiego, łódzkiego wschodniego, wieluńskiego, sieradzkiego, w mieście Skierniewice i mieście Piotrków Trybunalski. Ponadto, w 2007 roku w związku z wystąpieniem przypadków gruźlicy prątkującej wśród osób przebywających w schroniskach łódzkich, badania realizowano również w tych placówkach.

Ogółem w latach 2006 – 2007 liczba wizyt specjalistycznych wyniosła 9.893, wykonano 7.077 zdjęć radiologicznych klatki piersiowej. W powyższym okresie zdiagnozowano 189 podejrzeń gruźlicy płuc, 272 podejrzeń nowotworów układu oddechowego, 3449 podejrzeń innych chorób płuc. Wysokość przekazanych środków finansowych z budżetu Samorządu Województwa Łódzkiego wyniosła 393.424 zł. Szczegółowe informacje zamieszczone zostały w poniższej tabeli.

Tabela Nr 23.

Podsumowanie realizacji Wojewódzkiego Programu Profilaktyki Gruźlicy Płuc i Nowotworów Układu Oddechowego w latach 2006 – 2007 (opracowanie własne)

Wyszczególnienie	2006	2007	Ogółem
liczba wizyt specjalistycznych	5.564	4.329	9.893
liczba zdjęć radiologicznych	3.984	3.093	7.077
gruźlica płuc*	124	65	189
Nowotwór*	207	65	272
inna choroba*	2.478	971	3.449
Środki finansowe (w zł)	219.924,00	173.500,00	393.424,00

* podejrzenie

Zadanie IV.2

Wdrożenie i prowadzenie Programu Zdrowotnego Wczesnego Wykrywania Jaskry

W 2006 roku rozpoczęto realizację programu profilaktycznego pn. „Program Zdrowotny Wczesnego Wykrywania Jaskry”. Program realizowano w latach 2006 – 2007. Celem głównym Programu było obniżenie liczby osób tracących wzrok z powodu uszkodzenia nerwu wzrokowego w przebiegu jaskry poprzez odpowiednio wczesne wykrycie choroby i wdrożenie specjalistycznego leczenia. Grupę, do której był skierowany, stanowili mieszkańcy województwa łódzkiego w wieku 35-60 lat.

Ponadto, na potrzeby Programu w 2006 roku ze środków Samorządu Województwa Łódzkiego zakupiono 8 zestawów perymetrów komputerowych do wykonania badania pola widzenia oraz 1 tonometr bezdotykowy na łączną kwotę 222.728,00 zł, zaś w 2007 roku zakupiono 1 zestaw perymetru komputerowego na kwotę 24.182,5 zł.

Ogółem w latach 2006 – 2007 przebadano 4.336 osób, w tym wykryto 643 przypadki wczesnego stadium i 36 przypadków zaawansowanego stadium jaskry oraz 467 przypadków innych chorób oczu. Wysokość przekazanych środków finansowych z budżetu Samorządu Województwa Łódzkiego na badania wykonane w ramach Programu wyniosła 195.577,52 zł, zaś na zakup sprzętu okulistycznego wydatkowano 246.910,5 zł. Szczegółowe informacje zamieszczone zostały w poniższej tabeli.

Tabela Nr 24.

Podsumowanie realizacji Programu Zdrowotnego Wczesnego Wykrywania Jaskry w latach 2006 – 2007 (opracowanie własne)

Wyszczególnienie	2006	2007	Ogółem
liczba osób przebadanych	2.708	1.628	4.336
wczesne stadium jaskry	379	264	643
zaawansowane stadium jaskry	24	12	36
inna choroba oczu	161	306	467
Środki finansowe na badania okulistyczne (w zł)	117.300	78.277,52	195.577,52

Zadanie IV.3

Wspieranie działań służących promocji zdrowia i profilaktyce chorób oraz inicjatyw wspierających prozdrowotny styl życia.

W 2006 roku zrealizowano Program profilaktyki zakażeń wirusem ptasiej grypy H5N1 wśród personelu placówek medycznych podległych Samorządowi Województwa Łódzkiego wskazanych w I etapie „Procedury funkcjonowania służby zdrowia w przypadku wystąpienia ostrej choroby zakaźnej, opracowanej przez Wojewódzki Zespół Reagowania Kryzysowego”.

Celem Programu była ochrona zdrowia personelu medycznego poprzez minimalizowanie ryzyka zakażenia wirusem ptasiej grypy w przypadku kontaktu z osobą lub materiałem podejrzanym o zakażenie wirusem ptasiej grypy H5N1.

Przeprowadzono 6 czterogodzinnych szkoleń dla personelu medycznego placówek podległych. Przeszkolono łącznie 205 osób. W ramach Programu zaplanowano także stworzenie bezpiecznych dla zdrowia pracowników warunków pracy, poprzez wyposażenie wymienionych placówek w środki ochrony indywidualnej oraz sprzęt do transportu pacjentów

podejrzanych o zachorowanie na szczególnie niebezpieczną chorobę zakaźną. Szpitale zakupiły m.in. fartuchy jednorazowe, czepki jednorazowe, ochraniacze na obuwie, gogle, maski pełne, półmaski ochronne, rękawiczki jednorazowe. Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi została zaopatrzona m.in. w kombinezony ochronne, maski twarzowe, okulary ochronne, komory izolacyjne, natryski i środki do dezynfekcji.

Całość zadań w ramach Programu, tj. zakup sprzętu i przeprowadzenie szkoleń została sfinansowana z budżetu Województwa Łódzkiego (105.524,52 zł), w formie dotacji przekazanych placówkom.

W 2007 roku po raz pierwszy realizowano program profilaktyczny pn. „Zapobieganie rozwojowi niedowidzenia – wczesne wykrywanie wad wzroku i zezą u dzieci”. Celem Programu było zapobieganie rozwojowi niedowidzenia i poprawa funkcji narządu wzroku u dzieci w wieku 4-5 lat, z terenu województwa łódzkiego poprzez wczesne wykrywanie wad wzroku oraz zezą. W ramach Programu przebadano 944 dzieci i wśród wszystkich wykryto 289 (30,62%) przypadków zaburzeń wzroku. Wysokość środków finansowych wykorzystana przez wszystkie jednostki wyniosła 28.070,43 zł.

W latach 2006 – 2007 w ramach współpracy z organizacjami pozarządowymi odbyły się konkursy ofert na wsparcie realizacji zadań publicznych Województwa Łódzkiego z zakresu ochrony zdrowia. W omawianym okresie z budżetu województwa dofinansowano następujące zadania publiczne:

- „Kursy zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych u osób dorosłych certyfikowane przez Polską i Europejską Radę Resuscytacji”,
- „Bezpieczne przedszkole” – program szkolenia z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej,
- „Bezpieczne wakacje” – program szkoleniowo – informacyjny w zakresie pierwszej pomocy przedmedycznej,
- „Serce na start. Pierwsza pomoc w sytuacjach zagrożenia życia. Kurs dla dzieci i młodzieży”,
- „Rehabilitacja domowa chorych na stwardnienie rozsiane z terenu województwa łódzkiego”,
- „Indywidualne zajęcia profilaktyczne i usprawniające widzenie”,
- „Patrzeć nie tylko sercem – widząc zagrożenia, przeczuwając choroby – zapobiegać im” – cykl otwartych zajęć wykładów i zajęć seminaryjnych,
- „Wiem i rozumiem – program przeciwdziałania izolacji społecznej dzieci długotrwale chorych”.

Ogółem w latach 2006 – 2007 Samorząd Województwa Łódzkiego na realizację powyższych zadań przeznaczył środki finansowe w wysokości 189.928,27 zł (2006 roku – 90.555,97 zł, 2007 roku – 99.372,33 zł).

Ponadto, działania z zakresu profilaktyki były podejmowane i finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, Stacje Sanitarne – Epidemiologiczne oraz przez inne instytucje.

Do programów realizowanych przez Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2006 – 2007 na terenie województwa łódzkiego należały:

- Program profilaktyki raka szyjki macicy etap podstawowy, diagnostyczny oraz pogłębionej diagnostyki.
- Program profilaktyki raka piersi etap podstawowy i pogłębiony.
- Program badań prenatalnych.
- Program wczesnej diagnostyki i leczenia jaskry – etap I, etap II.
- Program profilaktyki chorób układu krążenia.

- Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc – etap badań podstawowych i pogłębionych.
- Program wczesnego wykrywania zakażeń HIV u kobiet w ciąży.
- Program wczesnej wielospecjalistycznej i ciągłej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością, niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie.
- Program profilaktyki gruźlicy – etap I, etap II – realizowany w 2007 roku.

Z budżetu NFZ w latach 2006 – 2007 na programy profilaktyczne wydatkowano łącznie 24.381.183,58 zł. Programami objęto 419.643 osób.

W latach 2006 – 2007 Wojewódzka Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w Łodzi realizowała następujące programy:

- Program Zapobiegania HIV/AIDS.
- Ogólnopolski program profilaktyki cukrzycy.
- Ogólnopolski program edukacyjny „Wolność Oddechu – Zapobiegaj astmie”.
- Program profilaktyki raka piersi „Różowa wstążeczka”.
- Stres pod kontrolą.
- Program Profilaktyki Wad Cewy Nerwowej.
- Programy dotyczące zasad higieny jamy ustnej oraz profilaktyki próchnicy.
- Program profilaktyki WZW typu A w Zakładach Produkcujących i Wprowadzających Żywność do Obrotu.
- Przedszkolny Program Profilaktyki WZW typu A,
- Szczepienia Dobrodziejstwem dla Dzieci i Młodzieży. Zapobieganie Odrze, Śwince i Różyczce.

Ponadto, WSSE w Łodzi realizowała projekty i akcje zdrowotne kierowane do różnych grup społeczności lokalnej. Miały one na celu zwiększenie świadomości na temat zachowań zdrowotnych i zdrowego stylu życia (Festiwal Piosenki o Zdrowiu, „Racjonalna dieta i aktywność fizyczna - podstawą zdrowego stylu życia”, „Pomóżmy sobie od dziś” – program promocji samobadania i samokontroli piersi dla kobiet z powiatu łaskiego, kampanie antynikotynowe), zapobieganie chorobom („Profilaktyka WZW typu C”, Światowy Dzień Osteoporozy, profilaktyka grypy) oraz podniesienie poziomu wiedzy na temat niektórych chorób („Zadbaj o swoje płuca”).

W latach 2006 – 2007 Samorząd Województwa Łódzkiego zbierał informacje o realizowanych i finansowanych przez powiaty i gminy programach zdrowotnych zgodnie z art. 9 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135 ze zmianami). Podejmowane przez samorządy lokalne działania profilaktyczne dotyczyły m.in. wczesnego wykrywania: nowotworów piersi, szyjki macicy, stercza, płuc, jelita grubego, jak również chorób płuc, gruźlicy, chorób trzustki i wątroby, chorób układu krążenia, jaskry, cukrzycy, chorób alergicznych, wad postawy, osteoporozy, patologii ruchu, dysplazji stawu biodrowego, próchnicy.

Na terenie województwa powiaty i gminy realizowały również programy profilaktyki antynikotynowej, profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, profilaktyki HIV i AIDS, uzależnień i schorzeń psychiatrycznych. Prowadzono także szkolenia z zakresu pomocy przedmedycznej, przygotowywano rodziców do narodzin dziecka, jego pielęgnacji, promowano ekologiczne karmienie. Organizowano terapie dla dzieci autystycznych. Prowadzono ćwiczenia i konsultacje logopedyczne dla dzieci oraz osób z zaburzeniami mowy. Ponadto, realizowano programy mające na celu zapobieganie rozwojowi chorób zakaźnych i ewentualnym powikłaniom po chorobach.

Do działań profilaktycznych realizowanych na terenie województwa łódzkiego przez Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi należą:

- Program nauki udzielania I pomocy „Serce na start” – realizowany w latach 2006 - 2007.
- Program „Zdrowo żyć- zdrowym być” program promocji zasad zdrowego odżywiania i zwiększenia aktywności fizycznej – realizowany w latach 2006 - 2007.
- Szkolenie dla pielęgniarek medycyny szkolnej „Teoria i technika wykonywania testów przesiewowych u dzieci” – realizowane w 2007 roku.
- Szkolenie „Teoria i praktyka zastosowania preparatów fluoru w profilaktyce próchnicy zębów” – realizowane wśród pielęgniarek z całego województwa łódzkiego w 2007 roku.
- Spotkania z przedstawicielami samorządów powiatowych - celem spotkań było omówienie działań profilaktycznych na terenie powiatów, wymiana doświadczeń oraz usprawnienie sprawozdawczości z działań profilaktycznych z terenu gmin i powiatów.
- HIV/AIDS - to każdy wiedzieć powinien” Program edukacyjny – realizowany w 2007 roku w Łodzi, adresowany do młodzieży ze szkół ponadgimnazjalnych.

Kolejna instytucja, Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, realizuje Wojewódzki program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, Program przeciwdziałania narkomanii, oraz Wojewódzki program wyrównywania szans osób niepełnosprawnych i przeciwdziałania ich wykluczeniu społecznemu oraz pomocy w zatrudnianiu osób niepełnosprawnych na lata 2007 – 2010.

CEL SZCZEGÓŁOWY V POPRAWA FUNKCJONOWANIA SYSTEMU INFORMACJI I WIEDZY W OCHRONIE ZDROWIA

Zadanie V.1

Budowa Regionalnego Systemu Informacji Medycznej (RSIM - Łódź)

Zadanie V.2

Wzrost wykorzystania rozwiązań teleinformatycznych w zakładach opieki zdrowotnej

Zarząd Województwa w dniu 29 sierpnia 2007 roku przyjął dokument pn. „Strategia eZdrowia Województwa Łódzkiego na lata 2007-2013”. Jest to formalnie pierwsza w Polsce dziedzinowa strategia w obszarze społeczeństwa informacyjnego i ochrony zdrowia. Założenia powyższego opracowania korespondują z celami opisanymi w Programie Wojewódzkim - Strategii Polityki Zdrowotnej Województwa Łódzkiego na lata 2006-2013. Opracowanie to zakłada również budowę Regionalnego Sytemu Informacji Medycznej, a także inne działania zmierzające do bardziej efektywnego wykorzystywania rozwiązań teleinformatycznych w zakładach opieki zdrowotnej.

Ponadto, uchwałą Zarządu Województwa Łódzkiego z dnia 8 sierpnia 2007 roku, projekt pn. „Regionalny System Informacji Medycznej Województwa Łódzkiego” został umieszczony w Indykatorywnym Wykazie Indywidualnych Projektów Kluczowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2007-2013, w ramach osi priorytetowej IV. Tym samym projekt po spełnieniu, przez składany wniosek o dofinansowanie, wymogów formalnych i merytorycznych będzie miał zapewnione współfinansowanie w wysokości 30.000.000 zł. Pozostałe 10.000.000 zł ma stanowić wkład własny Samorządu Województwa Łódzkiego. Projekt będzie realizowany w latach 2009-2011.

Ze względu na spójność obu, wyżej wymienionych dokumentów, podjęto decyzję, iż ocena stopnia realizacji celu szczegółowego V będzie prowadzona i opisywana w ramach monitoringu Strategii eZdrowia Województwa Łódzkiego na lata 2007-2013.