

**OCENA STANU ZABEZPIECZENIA  
OPIEKI MEDYCZNEJ  
W WOJEWÓDZTWIE ZACHODNIOPOMORSKIM  
W ROKU 2011**

**– WEDŁUG RAPORTÓW KONSULTANTÓW  
WOJEWÓDZKICH ZA ROK 2011**

## SPECJALIZACJE PODSTAWOWE

### **1. prof. dr hab. n. med. Romuald Bohatyrewicz – anestezjologia i intensywna terapia**

Aktualnie liczba i rozmieszczenie miejsc szkoleniowych zabezpiecza potrzeby szkoleniowe. Niestety w skali całego kraju liczba chętnych do specjalizowania w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii ulega zmniejszeniu. Specjalizacja ta stała się ostatnio mniej popularna. Kandydaci w większości wybierają jako miejsce szkolenia szpitale szczecińskie. W związku z przewidywanym uregulowaniem zasad uśmierzania bólu porodowego zaistnieje konieczność dedykowania jednego dyżurnego anestezjologa wyłącznie dla potrzeb bloku porodowego. Zaskutkuje to dodatkowym zapotrzebowaniem na pracę specjalistów w wymiarze ok. 30 etatów.

W ocenie Konsultanta rozmieszczenie jednostek szpitalnych świadczących usługi medyczne w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii jest niewystarczające. Również ilość łóżek jest zbyt mała, powinna wynosić 2 – 5% łóżek szpitalnych, a więc co najmniej 200 w skali województwa. Konsultant zwraca uwagę, że na terenie województwa występuje drastyczny niedobór łóżek opieki długoterminowej, do których można byłoby przekazać chorych po zakończeniu leczenia w oddziałach intensywnej terapii. Obecnie w porozumieniu z NFZ Konsultant zalecił utworzenie w kilku szpitalach w województwie oddziałów dla chorych przewlekle wentylowanych. Powinno to udrożnić i zmniejszyć obciążenia Oddziałów Intensywnej Terapii.

### **2. dr n. med. Anna Kabacińska – audiologia i foniatria**

Od wielu lat obserwuje się na terenie naszego województwa zbyt małą liczbę specjalistów w zakresie audiologii i foniatrii i aktualna kadra w tej dziedzinie dostępna jest tylko w Szczecinie i w Koszalinie. Obecna sytuacja ma dwa źródła: po pierwsze od chwili połączenia audiologii z foniatrią i ustanowienia tej dyscypliny specjalnością podstawową, nie ma zbyt wielu chętnych do jej podejmowania, a po drugie na terenie województwa zachodniopomorskiego akredytację do jej prowadzenia posiada jedynie Katedra i Klinika Otolaryngologii PUM i to w oparciu tylko o 2 miejsca specjalizacyjne (tylko jeden specjalista z uprawnieniami do kierowania specjalizacją). Utworzenie kolejnych miejsc z uprawnieniami do prowadzenia tej specjalizacji pozwoliłoby zwiększyć pulę miejsc dla stażystów) np. Oddział Laryngologiczny w SPWSZ w Szczecinie lub Oddział Laryngologiczny w Koszalinie).

Istnieje potrzeba zatrudnienia w placówkach zajmujących się diagnostyką audiologiczną wykwalifikowanej kadry techników audiometrii i audioprotetyków.

W ocenie Konsultanta rozmieszczenie oraz ilość szpitalnych jednostek świadczących usługi medyczne w dziedzinie audiologii i foniatrii jest wystarczająca, natomiast ilość i rozmieszczenie poradni specjalistycznych jest niewystarczająca.

Na terenie województwa brakuje wystarczającej liczby pracowni diagnostycznych narządu równowagi.

Kontraktacja usług w zakresie audiologii i foniatrii jest niewystarczająca. Pomimo znacznego niedoboru specjalistów w tej dziedzinie ogranicza się lub nie zawiera kontraktów ze specjalistami realizującymi jedną z części specjalności: audiologami lub foniatrami. Takie ograniczenia skutkują zmniejszoną dostępnością dla pacjentów. Kontrowersyjne połączenie tych dyscyplin spowodowało likwidację istniejących wcześniej Poradni Audiologicznych lub Poradni Foniatrycznych. Postawiono przed specjalistami z tych dziedzin trudne i niepotrzebne wymogi posiadania sprzętu z pochodnej dziedziny, ale zupełnie nieprzydatnego w procesie diagnostycznym leczniczym w zakresie wykonywanej

specjalności (np. foniatrze zalecono posiadanie sprzętu audiologicznego, zabezpieczenie audioprotetyczne a audiologowi posiadanie videostroboskopu).

Z uwagi na stale wzrastającą liczbę zaburzeń słuchu i równowagi związaną z następującymi czynnikami: hałas, stres, choroby układu krążenia, infekcje, potrzebny zdrowotne w zakresie audiologii stale rosną. Funkcjonujące w naszym kraju programy profilaktyczne wymagają stałej kontroli narządu słuchu u dzieci.

### **3. lek. med. Stanisław Paradowski – chirurgia dziecięca**

Aktualna ilość specjalistów chirurgii dziecięcej jest wystarczająca dla zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych populacji województwa zachodniopomorskiego. Specjaliści skupieni są głównie w trzech jednostkach szpitalnych, których integralną częścią są specjalistyczne poradnie przyszpitalne gwarantujące pełną dostępność do specjalistów w tym zakresie. Nieliczna obsada lekarska i zaawansowany wiek lekarzy w Oddziale Chirurgii Dziecięcej w Koszalinie, przy braku akredytacji na prowadzenie specjalizacji może skutkować w najbliższych latach znacznym ograniczeniem dostępności do chirurga dziecięcego w tym rejonie. Uzpełnieniem poradni przy oddziałach chirurgii dziecięcej są cztery poradnie chirurgii dziecięcej – w Świnoujściu, Gryficach, Gryfinie i Stargardzie Szczecińskim. Ogółem w województwie zachodniopomorskim zatrudnionych jest 31 specjalistów, a w najbliższych latach pojawi się potrzeba zatrudnienia 2 specjalistów.

W roku 2010 podjęto decyzję o przeniesieniu oddziałów szpitalnych, w tym chirurgii dziecięcej ze szpitala przy ul. Św. Wojciecha 7 do szpitala przy ul. Mącznej 4 w Szczecinie – Zdrojach, gdzie ma powstać wysokospecjalistyczny szpital dziecięcy. W związku z tą decyzją Regionalne Centrum Leczenia Oparzeń dla Dzieci i Młodzieży, które jest pododdziałem Oddziału Chirurgii Dziecięcej Oparzeń i Urologii powstało w szpitalu w Szczecinie – Zdrojach co nie ułatwia jego prowadzenia zespołowi oddziału chirurgii dziecięcej. Dlatego niezmiernie ważne jest pilne rozpoczęcie budowy oddziału chirurgii dziecięcej w szpitalu w Szczecinie – Zdrojach. Zakończono projektowanie nowego oddziału. W 2012 roku powinna rozpocząć się budowa. Przewidywany termin zakończenia i otwarcie wielospecjalistycznego wojewódzkiego szpitala dziecięcego nastąpi w roku 2014.

Klinika Chirurgii i Onkologii Dziecięcej PUM nie posiada własnego laparoskopu, a zabiegi laparoskopowe są wykonywane sprzętem używanym wspólnie z chirurgami ogólnymi. Mimo wcześniejszych obietnic nadal nie został wyremontowany Blok Operacyjny Oddziału Chirurgii Dziecięcej Szpitala w Koszalinie. Istnieje poważne zagrożenie, że decyzją Sanepidu może on zostać zamknięty. Ponadto ordynator Oddziału Chirurgii Dziecięcej Szpitala w Koszalinie zgłasza konieczność zakupu dla potrzeb oddziału aparatu USG i aparatu do elektrokoagulacji.

### **4. prof. dr hab. n. med. Tomasz Grodzki – chirurgia klatki piersiowej**

Rozmieszczenie i liczba jednostek świadczących usługi medyczne w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej jest wystarczająca, zarówno w odniesieniu do bazy szpitalnej jak i poradni specjalistycznych. Aktualnie zatrudnionych jest 8 specjalistów, a najbliższych latach należałoby zatrudnić kolejnych 3 specjalistów.

Kontraktację usług medycznych przez ZOW NFZ Konsultant ocenia jako zbyt niską. Rokrocznie w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej następuje przekroczenie kontraktu o ok. 20% mimo restrykcyjnej polityki przyjęć. W każdym roku po jego zakończeniu odbywają się negocjacje z NFZ celem zapłaty za tzw. świadczenia ponadlimitowe, które są z opóźnieniem opłacane w wysokości zależnej od aktualnej kondycji finansowej NFZ, rzadko w całości.

Rokrocznie operowanych jest ok. 850 chorych z województwa zachodniopomorskiego oraz północnej części województwa lubuskiego, ponadto wykonywanych jest ok. 3000 mniejszych procedur zabiegowych (przede wszystkim wżernikowania dróg oddechowych). Od kilku lat liczba pierwotnych raków płuca u mężczyzn utrzymuje się na stabilnym poziomie, obserwuje się powolny wzrost liczby zachorowań u kobiet. W zakresie schorzeń klatki piersiowej (oprócz gruźlicy lekoopornej) nie obserwuje się wyraźnego wzrostu zachorowań. W perspektywie najbliższych kilku lat należy spodziewać się utrzymania wyżej wspomnianych trendów.

Potrzeby województwa zachodniopomorskiego w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej są w pełni zaspokojone.. Oddział Kliniczny Chirurgii Klatki Piersiowej PUM w 2011 r. z sukcesem wykonał zabieg transplantacji płuc wznawiając tym samym program przeszczepowy jako drugi ośrodek w kraju. Wskazane jest zabezpieczenie w budżecie wojewódzkim i krajowym rokrocznie kwoty ok. 3 mln zł na potrzeby dosprzętowania specjalności z uwagi na postęp medycyny, jak i zużywanie się posiadanego sprzętu w wyniku intensywnej eksploatacji.

#### **5. prof. dr hab. n. med. Andrzej Żyluk – chirurgia ogólna**

Potrzeby szkoleniowe w dziedzinie chirurgii ogólnej są zaspokajane w wystarczającym stopniu. Znacznie zwiększyła się liczba lekarzy rozpoczynających specjalizację w tej dziedzinie.

Zdaniem Konsultanta ilość oraz rozmieszczenie jednostek świadczących usługi medyczne w zakresie chirurgii ogólnej odpowiada potrzebom. Natomiast wartość zakontraktowanych przez NFZ procedur z chirurgii ogólnej jest niewystarczająca, większość oddziałów wykazuje nadwykonania, które nie są płacone przez NFZ. Także wartość punktowa części procedur jest niedoszacowana, co powoduje straty dla oddziałów chirurgicznych przy leczeniu takich przypadków. Dotyczy to szczególnie leczenia powikłań i nietypowo przebiegających chorób chirurgicznych. NFZ jest informowany systematycznie o tym problemie.

Zapotrzebowanie na świadczenia typowo ogólnie – chirurgiczne będzie raczej malało, ponieważ wiele chorób zaczyna wchodzić w zakres specjalności szczegółowych, np. onkologicznych, chirurgii naczyniowej, neurochirurgii.

#### **6. dr n. med. Robert Kowalczyk – chirurgia szczękowo – twarzowa**

Brak opinii.

#### **7. dr n. med. Alicja Depczyńska – choroby wewnętrzne ( do 31.09.2011 r.)**

Zdaniem Konsultanta rozmieszczenie jednostek szpitalnych świadczących usługi w dziedzinie chorób wewnętrznych jest wystarczające. Również liczba łóżek jest odpowiednia do potrzeb.

Większość oddziałów chorób wewnętrznych w województwie ma zakontraktowanych mniej usług medycznych niż w roku ubiegłym, co spowoduje prawdopodobnie zwiększenie nadwykonania oraz zwiększenie długów oddziałów.

## **8. dr n. med. Jolanta Niścigorska – Olsen – choroby zakaźne**

Nadal istnieją niedobory specjalistów chorób zakaźnych, zwłaszcza w oddziałach pediatrycznych w Szczecinie, oddziale chorób zakaźnych w Koszalinie oraz w Wałczu. Duża liczba specjalistów skoncentrowana jest w Szczecinie. Konieczne jest dalsze kształcenie specjalistów. Wystarczające jest rozmieszczenie szpitalnych jednostek świadczących usługi medyczne w dziedzinie chorób zakaźnych ale zbyt mała jest liczba łóżek w oddziałach zakaźnych, a także liczba łóżek z zakresu intensywnej opieki medycznej dla potrzeb pacjentów zakaźnych. Istnieje paląca potrzeba rozbudowy i modernizacji oddziałów zakaźnych w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Szczecinie.

Ilość i rozmieszczenie poradni specjalistycznych jest wystarczające. Zarówno liczba zakontraktowanych punktów jak ich wycena są niewystarczające. Pacjenci nadal wyczekują w kolejkach do leczenia pzw B i C. Nadwykonania odnotowuje się zwłaszcza w Ambulatoryjnej Opiece Specjalistycznej, bez uwzględnienia faktu, że do pogryzień przez zwierzęta, a co za tym idzie wdrożenia lub nie profilaktyki przeciwko wściekliźnie dochodzi nie tylko w godzinach działania poradni ale i poza nimi.

Liczba chorujących na tzw. klasyczne choroby zakaźne pozostaje stała z wyjątkiem nieprzewidywalnych epidemii. Wzrasta liczba zachorowań na boreliozę, zakażeń szpitalnych, zakażeń HIV/AIDS jak również zakażeń oportunistycznych związanych z transplantologią, onkologią lub wprowadzeniem tzw. leczenia biologicznego w reumatologii i gastrologii. Bez nowoczesnego zaplecza laboratoryjnego, wykształconego personelu oraz adekwatnej bazy łóżkowej nie ma mowy o skutecznej diagnostyce i leczeniu chorób zakaźnych.

## **9. prof. dr hab. n. med. Romuald Maleszka – dermatologia i wenerologia**

Zdaniem Konsultanta przy ograniczonych środkach finansowych konieczne jest scentralizowanie hospitalizacji dermatologicznych w Klinice Chorób Skórnych i Wenerycznych PUM, która jako jedyna w województwie jest w stanie najlepiej je wykorzystać, lecząc najciężej chorych. W pozostałych oddziałach należy rozwijać leczenie krótkoterminowe. W przeciwnym razie, przy jednoczesnym braku wzrostu nakładu na hospitalizację chorych na schorzenia dermatologiczne, w krótkim czasie dojdzie do nieodwracalnej zapaści szpitalnego leczenia dermatologicznego w województwie zachodniopomorskim.

Obecnie mamy 23 miejsca szkoleniowe z dermatologii i wenerologii dla województwa zachodniopomorskiego, co na chwilę obecną wyczerpuje możliwości specjalizacyjne Kliniki i 2 Oddziałów Dermatologicznych.

W ocenie Konsultanta rozmieszczenie oraz ilość jednostek szpitalnych i poradni specjalistycznych świadczących usługi medyczne w dziedzinie dermatologii i wenerologii jest wystarczająca. Natomiast kontrakcja usług medycznych w zakresie hospitalizacji chorych na schorzenia dermatologiczne jest wysoce niewystarczająca. W samej Klinice Chorób Skórnych i Wenerycznych PUM istnieje pilna potrzeba zwiększenia kontraktu o 50% czyli o około 25000 punktów. Z powodu tak znacznego ograniczenia możliwości przyjęć, zwłaszcza do Kliniki, pacjenci trafiający w końcu na leczenie są w złym stanie klinicznym, co wybitnie podraża ich pobyt i obniża efekty terapii. Dotyczy to zwłaszcza pacjentów z odleglejszych miejscowości województwa zachodniopomorskiego i kompletnie pozbawionej możliwości dermatologicznego leczenia szpitalnego ludności województwa lubuskiego. Taki stan rzeczy stanowi realne zagrożenie dla zdrowia, a w dalszej kolejności także życia chorych cierpiących na wiele ciężkich schorzeń dermatologicznych. Konsultant podkreśla, iż coraz bardziej zagrożone jest bezpieczeństwo olbrzymiej rzeszy chorych na schorzenia dermatologiczne, którzy w przeważającej większości pozbawieni są możliwości

odpowiedniego i szybkiego leczenia szpitalnego na naszym terenie. Apele Konsultanta o zwiększenie kontraktu na hospitalizacje chorych ze schorzeniami dermatologicznymi ponawiane w kolejnych pismach i w czasie bezpośrednich rozmów w Oddziale Zachodniopomorskim NFZ spotkały się jak dotąd z bardzo niewielkim odzewem.

W najbliższych latach należy spodziewać się ciągłego i wyraźnego wzrostu liczby pacjentów ze schorzeniami dermatologicznymi wymagającymi hospitalizacji. Tendencja ta utrzymywać się będzie z dwóch głównych powodów: starzenia się społeczeństwa i ujemnego wpływu na skórę szeregu czynników związanych z zachodzącymi przemianami cywilizacyjnymi. Większość schorzeń dermatologicznych znacznie częściej dotyczy ludzi w starszym wieku. Szczególnie jest to widoczne w przypadku nowotworów skóry, chorób przebiegających z zaburzeniami rogowacenia, chorób skóry związanych z zaburzeniami krążenia obwodowego kończyn oraz chorób infekcyjnych skóry i paznokci. Lawinowo narasta liczba schorzeń o podłożu alergicznym, immunologicznym i toksycznym, których objawy mają miejsce w skórze.

W związku z powyższym należy zadbać o znacznie zwiększoną przez Oddział Zachodniopomorski NFZ kontrakcję usług medycznych w zakresie dermatologii, by w pełni wykorzystać istniejącą bazę łóżkową i zapewnić odpowiednie leczenie schorzeń dermatologicznych na naszym terenie.

Problemem jest również dekapitalizacja sprzętu medycznego i brak nowych inwestycji w oddziałach dermatologicznych z Kliniką Chorób Skórnych i Wenerycznych PUM na czele. Związane jest to z niską wyceną przez NFZ procedur dermatologicznych, a co za tym idzie, niechęcią dyrektorów szpitali do inwestowania w tę, ich zdaniem, nieopłacalną dziedzinę medycyny.

## **10. lek. med. Maria Kozanecka – diagnostyka laboratoryjna**

Na terenie województwa istnieje niedobór specjalistów diagnostyki laboratoryjnej. Od kilku lat sukcesywnie zwiększa się ilość osób, które rozpoczynają specjalizację w tej dziedzinie. W roku 2011 dwie osoby otrzymały tytuł specjalisty.

Istnieje konieczność zwiększenia zatrudnienia diagnostów laboratoryjnych w laboratoriach szpitalnych i przychodniach, szczególnie w tych miejscach gdzie zatrudniony jest tylko 1 diagnosta, często bez doświadczenia zawodowego.

W diagnostyce laboratoryjnej nie ma kontraktacji usług. Istnieje praktyka podpisywania umów przez lekarzy opieki podstawowej na badania laboratoryjne. W celu zapewnienia prawidłowego funkcjonowania laboratorium należy zadbać nie tylko o odpowiednią aparaturę badawczą – pomiarową ale również o odpowiednio wykształcony personel laboratoryjny.

Problemem województwa jest niestosowania się większości dyrektorów szpitali jak również dyrektorów szpitali, którzy „pozbyli się” swoich laboratoriów przekazując je firmom zewnętrznym – prywatnym do wymagań wynikających z ustawy o diagnostyce laboratoryjnej. Dotyczy to pracy w laboratoriach szpitalnych po godzinie 15.00 (brak dostępu diagnosty laboratoryjnego przez całą dobę). Po godzinie 15.00 często pracują tylko technicy, którzy nie mają prawa autoryzacji wyniku badania laboratoryjnego. Problemem są w dalszym ciągu punkty pobrania materiału do badania w laboratoriach prywatnych. Duży problem to prowadzenie laboratoriów przez techników analityki medycznej. W celu zapewnienia lepszego dozoru nad nowo powstającymi placówkami, które w swojej strukturze chcą mieć laboratorium konsultant proponuje współpracę dotyczącą kwalifikacji pod względem merytorycznym. Zdaniem Konsultanta wymogiem powinno być coroczne sprawozdanie kierowników laboratoriów (nie firmy) zawierające dane o kwalifikacjach zatrudnionych w nim osób.

## **11. dr hab. n. med. Mirosław Brykczyński - kardiologia**

Aktualnie w województwie zachodniopomorskim pracuje 6 specjalistów w zakresie kardiologii. Wszyscy pracują w jednym ośrodku kardiologicznym jakim jest Klinika Kardiologii PUM. Biorąc pod uwagę potrzeby województwa oraz proces starzenia się kadr medycznych konieczne będzie rozpoczęcie szkolenia kolejnych specjalistów w systemie prezydenckim. Niestety w roku 2011 nie zgłosiła się żadna osoba chętna do rozpoczęcia specjalizacji z zakresu kardiologii.

Rozmieszczenie oraz ilość jednostek świadczących usługi medyczne w dziedzinie kardiologii jest odpowiednie. Należy jednak zwiększyć liczbę łóżek w bazie szpitalnej.

Po obniżeniu kontraktu przez NFZ w poprzednich latach dostrzegalne jest obecnie przekraczanie przyznanych limitów, chociaż liczba wykonywanych operacji kardiologicznych w naszym regionie nie przekracza średniej krajowej. Powoduje to konieczność przeciągających się negocjacji zajmujących czas obu stron, a także pozostawia wykonującego przez wiele miesięcy w sytuacji niepewności finansowej, co ujemnie wpływa na planowanie założeń i celów polityki zdrowotnej.

W związku z operowaniem coraz starszych pacjentów problemem staje się ich rehabilitacja i leczenie usprawniające do stanu by mogli być wypisani do domu.

Konieczne jest powstanie pododdziału mechanicznego wspomaganie serca, a także przygotowanie Ośrodka do rozpoczęcia transplantacji serca na potrzeby mieszkańców województwa zachodniopomorskiego.

## **12. prof. dr hab. n. med. Bożena Birkenfeld – medycyna nuklearna**

Aktualnie zatrudnionych jest 5 specjalistów medycyny nuklearnej. Jest to liczba niewystarczająca. W najbliższych latach należy zatrudnić kolejnych 3 specjalistów. Kontraktacja usług medycznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest niedostateczna – za mała cena za punkt.

## **13. lek. med. Małgorzata Sysło – Przedpelska – medycyna pracy**

Aktualne zapotrzebowanie na lekarzy w zakresie specjalizacji z medycyny pracy jest wystarczające. Ilość zatrudnionych specjalistów, a także personelu wspomagającego jest odpowiednia. Dostępność pracowników do badań profilaktycznych jest dobra.

Działalność profilaktyczna w zakresie medycyny pracy w większości podstawowych jednostek służby medycyny pracy prowadzona jest w sposób zadowalający. Nadzór nad ww. działalnością prowadzi Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Szczecinie i w Koszalinie. Aktualnie na terenie województwa zachodniopomorskiego uprawnienia do sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej posiada 342 lekarzy.

W niektórych podstawowych jednostkach służby medycyny pracy w terenie brakuje sprzętu i aparatury medycznej niezbędnej do prawidłowej oceny stanu zdrowia pracowników – w tych przypadkach podejmowana jest współpraca w realizacji profilaktycznej opieki nad pracującymi z innymi podmiotami leczniczymi lub z osobami praktykującymi indywidualnie w zakresie badań specjalistycznych i dodatkowych.

Procedury postępowania diagnostycznego i orzeczniczego są zgodne z aktualnym stanem wiedzy w medycynie pracy.

#### **14. dr n. med. Grzegorz Wit Jagielski – medycyna ratunkowa**

W województwie zachodniopomorskim widoczny jest wzrost poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych w rodzaju ratownictwo medyczne. Zarówno zespoły ratownictwa medycznego jak i szpitalne oddziały ratunkowe dysponują coraz nowocześniejszym sprzętem co usprawnia pracę systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Dodatkowo wzrost liczby osób z wykształceniem ukierunkowanym na udzielanie świadczeń zdrowotnych w takiego rodzaju jednostkach sprawia, że obserwuje się powolny, lecz widoczny wzrost jakości usług ratowniczych. Pomimo tendencji wzrostowej ww. personelu medycznego, to właśnie potrzeby w zakresie kształcenia kadr medycznych są większe, niż obecnie dostępne. Drogie kursy doskonalące dla ratowników medycznych oraz mała liczba miejsc specjalizacyjnych z pielęgniarstwa ratunkowego ogranicza potencjał średniego personelu medycznego. Ponadto wciąż niewielka liczba lekarzy do rozpoczęcia specjalizacji dziedzinie medycyny ratunkowej nie pozwala uzyskać zadowalającego poziomu specjalistów. Konsultant obserwuje systematyczny odpływ wyspecjalizowanych już lekarzy do innych specjalności medycznych – jest to zjawisko nasilające się w czasie. W opinii Konsultanta ciągły postęp cywilizacyjny i wzrost ilości zgonów z powodu stanów nagłych wskazuje na konieczność ciągłego doskonalenia i modyfikowania funkcjonowania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego.

#### **15. dr n. med. Wiesława Fabian – medycyna rodzinna**

Liczba lekarzy POZ w województwie zachodniopomorskim wynosi około 950. Mają następujące kwalifikacje: lekarze ze specjalizacją z medycyny rodzinnej – 370 osób (39%), pediatrzy – 197 osób (21%), pozostałe specjalizację i bez specjalizacji – 380 osób (40%). Oznacza to, że trzeba nadać kształcić specjalistów w tej dziedzinie. Rośnie zapotrzebowanie na usługi z kilku powodów: starzenie się społeczeństwa, dłuższy czas życia wymagający większej liczby świadczeń u osób w wieku podeszłym, większa świadomość społeczna, większe możliwości profilaktyczne, diagnostyczne. W dużych miastach zabezpieczenie jest lepsze, natomiast w powiatach choszczeński, gryfiński – zapotrzebowanie mniejsze. W naszym województwie znaczna liczba lekarzy rodzinnych posiada na listach około 2500 osób. Tak duża liczba pacjentów powoduje znaczne obciążenie pracą lekarzy rodzinnych i niestety obniża jakość udzielanych świadczeń. Nierzadko czas na wizytę 1 pacjenta wynosi nie więcej niż 10 minut. Należy dążyć do obniżenia liczby pacjentów zapisywanych do jednego lekarza rodzinnego. Preferowana liczba wzorem krajów europejskich wynosi 1600 – 1800 osób.

Największe zapotrzebowanie w POZ jest na edukatorów w zakresie cukrzycy, otyłości, zdrowego trybu życia. Zbyt mała jest również dostępność do wizyt domowych w zakresie porad lekarzy psychiatrów i psychiatrycznej opieki pielęgniarstwiej.

Kontraktowanie usług medycznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej przebiega ogólnie dobrze, jednak dokuczliwym elementem i utrudniającym funkcjonowanie są zbyt częste zmiany zasad funkcjonowania, zbyt mały zakres badań diagnostycznych w POZ oraz za duża sprawozdawczość.

#### **16. prof. dr hab. n. med. Mirosław Parafiniuk – medycyna sądowa**

W roku 2011 w działalności medyczo – sądowej wykonano w Pracowni Hemogenetyki 319 badań (sprawy spornego ojcostwa, ślady biologiczne), w Pracowni Toksykologii Sądowej – 3144 badań, w Pracowni Toksykologii Klinicznej – 3 194 badań. Ponadto wykonano 438 sekcji sądowo – lekarskich, 490 badań histopatologicznych, 1440



badan osób żywych (obdukcje), a także wydano 847 opinii, na podstawie akt i dotyczących błędów w sztuce lekarskiej.

### **17. prof. dr hab. n. med. Stefania Giedrys – Kalemba – microbiologia lekarska**

Sytuacja kadrowa w laboratoriach mikrobiologicznych w województwie zachodniopomorskim nie ulega istotnej zmianie od kilku lat, w dalszym ciągu brakuje specjalistów II ° z mikrobiologii lekarskiej (nie ma również zainteresowania tą specjalizacją, mimo różnych form agitacji) i mikrobiologii medycznej. Zgodnie z aktualnymi danymi Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych specjalizację z mikrobiologii medycznej wśród osób wykonujących diagnostykę mikrobiologiczną posiada: II° - 13 osób, I° - 14 osób.

Tylko 5 lekarzy mikrobiologów pracuje w Zespołach ds. Zakażeń Szpitalnych. Aktualnie specjalizację z mikrobiologii lekarskiej (mikrobiologii medycznej) w województwie zachodniopomorskim realizuje 19 osób. Liczba miejsc jest wystarczająca. Niepokój budzi niepodejmowanie specjalizacji z mikrobiologii lekarskiej wśród lekarzy. Na stanowiskach kierowników Zespołów Zakażeń Szpitalnych zatrudniane są osoby z innymi specjalizacjami, po kursach, często tylko formalnie zainteresowane problemami zakażeń.

Liczba badań mikrobiologicznych wzrasta bardzo powoli, wciąż jednak odbiega od standardów w krajach rozwiniętych.

### **18. prof. dr hab. n. med. Beata Czeszyńska – neonatologia**

Należy pilnie wyszkolić około 10 neonatologów, ze względu na zaawansowany wiek obecnie pracujących lekarzy w tej dziedzinie medycyny. Na terenie naszego województwa brak jednak zainteresowania lekarzy do specjalizowania się w dziedzinie neonatologii.

W oddziałach o III ° referencyjności konieczne jest zatrudnienie psychologów, obecnie nikt nie jest zatrudniony na stałe, a jedynie dorywczo, co nie rozwiązuje problemów matek przedwcześnie urodzonych dzieci. Brakuje również terapeutów oddechowych i fizjoterapeutów.

Zdaniem Konsultanta najbardziej istotne jest utrzymanie dotychczasowej liczby łóżek, zwiększenie liczby lekarzy specjalizujących się w neonatologii, zatrudnienie pielęgniarek wyspecjalizowanych w opiece nad noworodkiem w stanie zagrożenia życia w każdym oddziale neonatologicznym, wydzielenie sal obserwacyjnych dla noworodków na wszystkich oddziałach I° , odnowienie bazy sprzętowej na oddziałach neonatologicznych w naszym województwie.

### **19. dr hab. n. med. Leszek Sagan - neurochirurgia**

Potrzeba zwiększenia liczby miejsc specjalizacyjnych zgłaszana była w CMKP w bieżącym i poprzednim roku. Wniosek ten spotkał się z odmową usprawiedliwianą nie spełnieniem przez akredytowane jednostki kryteriów pozwalających na przydzielenie dodatkowych miejsc prezydenckich. Ze względu jednak na rosnące potrzeby w zakresie usług neurochirurgicznych i planowany z tego powodu rozwój jednostek neurochirurgicznych w województwie (Szpital Zdunowo, Szpital Zdroje, Szpital w Koszalinie) posługiwanie się powyższymi kryteriami, odnoszącymi się jedynie do sytuacji teraźniejszej jest błędne. Prowadzi to do sytuacji, w której w nadchodzących latach z powodu braków kadrowych dojdzie do niewydolności w zakresie zabezpieczenia zdrowotnego w dziedzinie neurochirurgii. Planowane jest kolejne wystąpienie o przyznanie dodatkowych miejsc specjalizacyjnych z podkreśleniem ujemnych daleko perspektywicznych skutków w przypadku zaniechania tworzenia takich miejsc w naszym województwie.

Kluczowym problemem kontynuacji leczenia po operacjach neurochirurgicznych jest rehabilitacja. Dużym problemem, w skali nie tylko naszego województwa, ale całego kraju, jest możliwość bezpośredniej intensywnej rehabilitacji i usprawniania osób z głębokimi deficytami neurologicznymi. Brak dostatecznej liczby miejsc oraz personelu w tym zakresie, sprawia, że chorzy tacy po zakończeniu leczenia neurochirurgicznego, przez długi jeszcze okres pozostają w oddziale neurochirurgicznym oczekując na miejsca rehabilitacyjne. Takie zjawisko blokowania miejsc generuje koszty wynikające przedłużającego się pobytu w szpitalu oraz wydłuża czas oczekiwania na operacje planowe.

W ocenie Konsultanta zarówno rozmieszczenie jak i ilość szpitalnych i ambulatoryjnych jednostek świadczących usługi medyczne w dziedzinie neurochirurgii jest niewystarczająca. Niewystarczająca jest również ilość zatrudnionych specjalistów (16). W najbliższych latach należałoby zatrudnić przynajmniej 2 specjalistów.

Kontraktacja usług wymaga zmian. Celem optymalnego wykorzystania środków należy monitorować ośrodki pod kątem ekspozycji na procedury bezpośrednio ratujące życie, tak aby obciążenie ośrodków aktywniejszych działaniami w podstawowym zakresie zabezpieczenia neurochirurgicznego nie odbywało się kosztem pozostałych procedur wysokospecjalistycznych.

Szpecially ważnym aspektem jest rozwój zabezpieczenia w zakresie neurochirurgii dziecięcej. W północnej części Polski brak jest ośrodka o tym profilu. Jest to problem nabrzmiewający od lat. Jego rozwiązanie może w sposób istotny wyróżnić nasze województwo na tle kraju w zakresie usług medycznych, a przez to dać podstawy do negocjacji o zwiększenie kontraktowania przez ZOF NFZ. Zmian wymaga proces przekazywania chorych po zakończonym leczeniu neurochirurgicznym, wymagających jeszcze opieki szpitalnej, z oddziałów neurochirurgii do ośrodków rehabilitacyjnych oraz opieki długoterminowej.

## **20. prof. dr hab. n. med. Przemysław Nowacki – neurologia**

Problem stanowi nieproporcjonalne rozmieszczenie osób specjalizujących się na podstawie rezydentury (jest to obecnie prawie wyłączna grupa) w poszczególnych oddziałach neurologicznych województwa. Ze względu na możliwość wyboru jednostki, rezydenci skupiają się prawie wyłącznie w Klinice Neurologii PUM i Oddziale Neurologii SPWSZ w Szczecinie. Ma to podwójnie negatywny aspekt - dużo osób w jednej jednostce, czyli mniejszy dostęp do chorych, a drugiej strony – brak własnych wychowanków w Oddziałach Neurologicznych w pozostałych miastach, którzy po zdaniu egzaminu mogliby pozostać w tych Oddziałach, od dawna borykających się z niedoborami kadrowymi.

Obserwowany jest niedobór personelu wspomagającego (psycholodzy, terapeuci, pracownicy socjalni) zwłaszcza w kontekście wzrastających wymogów personalnych stawianych przez NFZ odnośnie Pododdziałów Udarowych, a potencjalni kandydaci do pracy w tych oddziałach rezygnują z jej podjęcia po zapoznaniu się z ciężkością zadań stawianych do wykonania (specyfika pracy, ciężki stan chorych).

W ocenie Konsultanta rozmieszczenie szpitalnych jednostek świadczących usługi medyczne w dziedzinie neurologii jest złe, brakuje oddziału w centralnej części województwa. Również w Szczecinie liczba łóżek jest niedostateczna. Poważne kłopoty kadrowe występują w Oddziale Neurologii Szpitala MSWiA. Na terenie aglomeracji Szczecin – Stargard Szczeciński powinny być 3 oddziały neurologiczne pełnodobowe. Ilość i rozmieszczenie poradni specjalistycznych jest do zaakceptowania.

Istnieje bezwzględna i pilna potrzeba uruchomienia pełnodobowych dyżurów i pełnoprofilowej hospitalizacji w Oddziale Neurologii Szpitala MSWiA w Szczecinie. **Konsultant zgłasza zagrożenie dla życia i zdrowia chorych, przynajmniej z obszaru**

zachodniej części województwa, zwłaszcza miast Szczecin i Stargard Szczeciński. Tej liczby mieszkańców nie mogą zabezpieczać dwa oddziały: Neurologii Szpitala Wojewódzkiego w Szczecinie i Klinika Neurologii PUM w Szczecinie.

Należy zadbać o pełniejszy (sprawniejszy i szybszy) dostęp do oddziałów rehabilitacji poudarowej oraz zakładów opieki długoterminowej. Regulacji finansowych wymaga relacja POZ/specjalistyka ambulatoryjna/leczenie szpitalne. Konsultant proponuje obciążenie kosztami badań lekarzy kierujących, jeśli pacjent nie będzie spełniał kryteriów do hospitalizacji – większość przypadków można diagnozować i leczyć ambulatoryjnie.

## **21. prof. dr hab. n. med. Danuta Karczewicz – okulistyka**

Konsultant zwraca uwagę na złe rozmieszczenie okulistów w terenie. Brak jest specjalistów mających podpisane umowy z NFZ w Świnoujściu, Kamieniu Pomorskim, Międzyzdrojach, Gryfinie.

Wskazane byłoby zwiększenie wysokości kontraktów, a także liczby zatrudnionych specjalistów w Ambulatoryjnej Opiece Specjalistycznej.

Zwiększa się liczba chorych na cukrzycę, zwiększa się też liczba osób z powikłaniami ze strony narządu wzroku- wylewy krwi do ciała szklistego, odwarstwienia siatkówki, retinopatie proliferacyjne, które mogą prowadzić do ślepoty. U tych chorych wskazany jest zabieg operacyjny witrektomia. Będzie to wymagało zwiększenia liczby punktów przez NFZ w tym zakresie. Zwiększenie funduszy wymaga również leczenia coraz częstszego występowania zwyrodnienia plamki - schorzenia związanego z podeszłym wiekiem.

## **22. lek. med. Małgorzata Foszczyńska – Kłoda – onkologia kliniczna**

Na terenie województwa zachodniopomorskiego w ośrodkach świadczących usługi z zakresu onkologii klinicznej pracuje 17 lekarzy onkologów klinicznych (w sumie jest 18 specjalistów). W trakcie specjalizacji jest 17 lekarzy. Zgodnie z zaleceniami UE powinno być 26 lekarzy. Jeżeli uzyskają specjalizację lekarze, którzy są w trakcie jej odbywania zapotrzebowanie będzie zaspokojone. W związku z czym w ciągu najbliższych lat sytuacja będzie zadowalająca.

Nadal brakuje psychologów klinicznych pracujących z pacjentami onkologicznymi. W Zachodniopomorskim Centrum Onkologii pracuje dwóch psychologów. Brakuje pracowników socjalnych.

W opinii Konsultanta rozmieszczenie szpitalnych jednostek świadczących usługi medyczne w dziedzinie onkologii klinicznej jest wystarczające, niewystarczająca jest liczba łóżek, którymi dysponują. Zdecydowanie niewystarczająca jest ilość poradni specjalistycznych, a także ich rozmieszczenie.

Problemem pozostaje leczenie niestandardowe lub poza wskazaniami rejestracyjnymi leków. Leczenie to może być prowadzone w ramach procedury „chemioterapii niestandardowej”, która wymaga spełnienia wielu formalności i dodatkowo obciąża lekarzy. Nadal nie jest rozwiązana sprawa tzw. nadlimitów, a w leczeniu chorych na nowotwory nie ma możliwości odesłania pacjenta, aby oczekiwał w kolejce. Wiele problemów wynika z utrudnionego dostępu do terapii innowacyjnych z zastosowaniem nowych leków, zwłaszcza tych, które nie posiadają pozytywnej rekomendacji AOTM. Nadal bardzo duże opóźnienia dotyczą wprowadzania nowych programów terapeutycznych, a te które są prowadzone wymagają bardzo uciążliwego monitorowania. Koszty wymaganych w danym programie badań nie są w całości refundowane.

W związku z coraz większą zachorowalnością na nowotwory złośliwe u dorosłych oraz rozszerzonymi wskazaniami do chemioterapii, konieczne jest zwiększenie ilości łóżek

szpitalnych na terenie województwa oraz zniesienie limitów w poradniach onkologicznych. Poprawa nastąpi po otwarciu w Zachodniopomorskim Centrum Onkologii w Szczecinie nowego Centrum Diagnostyczno Terapeutycznego Oddziałem Onkologii Klinicznej z 62 łózkami oraz Oddziałem Pobytu Dziennego z 20 łózkami z całym zapleczem diagnostycznym dla szpitala. Prace budowlane związane z bazą onkologiczną trwają również na Pomorskim Uniwersytecie Medycznym.

### **23. prof. dr hab. n. med. Andrzej Bohatyrewicz – ortopedia i traumatologia narządu ruchu**

Aktualne potrzeby szkoleniowe we wszystkich jednostkach urazowo – ortopedycznych są na bieżąco realizowane. Z powodu rotacji personalnych na Oddziale Urazowo – Ortopedycznym w Szpitalu Wojewódzkim w Koszalinie powstał niedobór kadry ortopedycznej, który powinien zostać w najbliższym czasie rozwiązany.

Zdaniem Konsultanta rozmieszczenie oraz ilość szpitalnych jednostek świadczących usługi medyczne w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu jest wystarczająca, natomiast niewystarczająca jest ilość poradni specjalistycznych. Niewystarczająca jest również ilość zatrudnionych specjalistów. Należy zwiększyć ilość specjalistów ortopedii i traumatologii narządu ruchu zatrudnionych w „peryferyjnych jednostkach” województwa, na granicy województw lubuskiego, wielkopolskiego i pomorskiego.

Instytucja Konsultanta Wojewódzkiego służy celom doradczym, ale tylko tam, gdzie instytucje są tym doradztwem zainteresowane. Współpraca z NFZ jest ograniczona do odpowiedzi na pytania kierowane pisemnie do Konsultanta Wojewódzkiego. Środki finansowe przeznaczone na leczenie schorzeń narządu ruchu są lokowane przez NFZ mniej więcej zgodnie z zapotrzebowaniem. Tylko częściowo spełnianym postulatem jest wzrost nakładów kierowanych do ośrodków spełniających role konsultacyjne lub leczących powikłania. Faktem nadal budzącym niepokój jest możliwość wyznaczania ordynatorów oddziałów ortopedyczno – urazowych przez dyrektorów Samodzielnych Publicznych ZOZ – ów, gdzie nie przestrzega się merytorycznych opinii dotyczących kwalifikacji kandydatów, wyrażanych przez Konsultanta Wojewódzkiego.

### **24. dr n. med. Ewa Jaworowska – otorynolaryngologia**

Obserwowany jest znaczący niedobór specjalistów w terenie, skutkuje to długim okresem oczekiwania na świadczenia laryngologiczne w terenie. Nadal istnieje konieczność zatrudnienia psychologa i logopedy dla potrzeb rehabilitacji laryngektomowanych oraz pacjentów z implantami ślimakowymi.

Zdaniem Konsultanta rozmieszczenie oraz ilość szpitalnych jednostek świadczących usługi medyczne w dziedzinie otorynolaryngologii jest wystarczająca, ale za mało jest poradni specjalistycznych. W najbliższych latach należy zatrudnić około 30 specjalistów otorynolaryngologów.

Niedostateczna liczba zakontraktowanych procedur w poradniach, a szczególnie w Poradni Przyklinikowej Laryngologicznej skutkuje długim okresem oczekiwania, a co z tym się wiąże również z opóźnieniem w rozpoczęciu leczenia i ostatecznie złymi wynikami leczenia.

Konieczne jest utworzenie punktu konsultacyjnego laryngologicznego, całodobowego dla pacjentów z terenu Szczecina. Należy doposażyć niektóre oddziały w aparaturę medyczną i operacyjną. Dotyczy to m.in. Kliniki Otolaryngologii, która jako jedyny Ośrodek leczenia chirurgicznego nowotworów narządów laryngologicznych nie posiada lasera.

## **25. prof. dr hab. n. med. Wenancjusz Domagała – patomorfologia**

Brak opinii.

## **26. prof. dr hab. n. med. Mieczysław Walczak – pediatria**

Z uwagi na brak miejsc szkoleniowych w niektórych częściach województwa, celowe jest utworzenie „nowych” miejsc szkoleniowych w Dębnie Lubuskim. Wskazane jest również wystąpienie o miejsca szkoleniowe dla oddziału w centralnej części województwa (optymalnie Połczyzna Zdroju). Liczba aktualnie zatrudnionych specjalistów jest niewystarczająca. W najbliższych latach należałoby zatrudnić jeszcze 50 specjalistów.

Należałoby zwiększyć liczbę psychologów, diabetyków oraz rehabilitantów zatrudnionych w oddziałach dziecięcych oraz specjalistycznych poradniach dziecięcych.

W ocenie Konsultanta liczba i rozmieszczenie szpitalnych jednostek świadczących usługi medyczne w dziedzinie pediatrii jest wystarczające, natomiast zbyt mała jest liczba i rozmieszczenie poradni specjalistycznych.

Oddziały dziecięce posiadają w większości dobre lub dostateczne zabezpieczenie diagnostyczne. Konieczne jest zwiększenie wyceny wielu procedur z zakresu pediatrii.

Konsultant zwraca uwagę na potrzebę zwiększenia liczby łóżek specjalistycznych, szczególnie w zakresie neurologii, pulmonologii, z pododdziałem dla dzieci z mukowiscydozą (liczba dzieci z tą chorobą będzie się zwiększać podejściu naszego województwa do programu badań przesiewowych). Ponadto istnieje pilna potrzeba zwiększenia liczby łóżek z zakresu intensywnej terapii dziecięcej. Do poprawy jakości opieki nad dziećmi konieczne jest także przywrócenie medycyny szkolnej (co najmniej pielęgniarka) oraz specjalistycznych poradni pediatrycznych, a także Konsultacyjnych Poradni Pediatrycznych. Z uwagi na mały odsetek dzieci objętych badaniami bilansowymi niezbędne jest wyegzekwowanie przez NFZ i Wojewódzki Nadzór w zakresie Medycyny Rodzinnej prowadzenie tych badań.

Konieczne wydaje się wprowadzenie zmian w przygotowanym przez Ministerstwo Zdrowia programie specjalizowania się lekarzy.

## **27. prof. dr hab. n. med. Zbigniew Celewicz – położnictwo i ginekologia**

Na terenie województwa funkcjonują 23 oddziały położniczo – ginekologiczne, na niektórych z nich wykorzystanie łóżek nie przekracza 50%, a liczba porodów w ośmiu oddziałach jest mniejsza niż 400 w skali roku. Przy zmniejszającej się od trzech lat liczbie porodów w województwie Konsultant proponuje wspólnie z władzami województwa, Narodowym Funduszem Zdrowia oraz organami założycielskimi szpitali opracowanie działań zmierzających do restrukturyzacji liczby oddziałów funkcjonujących w województwie. Na terenie województwa działają trzy ośrodki na trzecim poziomie referencyjności w trójstopniowym systemie opieki perinatalnej oraz dwie poradnie patologii ciąży. Liczba tych ośrodków przeznaczonych dla przypadków patologii ciąży w pełni powinna zabezpieczyć potrzeby kobiet ciężarnych. Pomimo rozwiniętej bazy szpitalnej i ambulatoryjnej dla kobiet w roku 2010 wzrosła w województwie umieralność okołoporodowa do 7,2 ‰ według danych GUS, co stawia nas na przedostatnim miejscu w kraju. Dlatego koniecznym będzie zwrócenie się do płatnika świadczeń zdrowotnych o przestrzeganie zasad refundacji kosztów leczenia i opieki ambulatoryjnej zgodnie z poziomem referencyjności oddziału i poradni, tak aby stworzyć optymalne warunki opieki nad ciężarnymi i noworodkiem.

Konsultant proponuje przeprowadzenie weryfikacji ośrodków prowadzących szkolenie specjalizacyjne pod kątem liczby lekarzy specjalizujących się oraz spełnienia kryteriów do prowadzenia specjalizacji.

## **28. prof. dr hab. n. med. Jerzy Samochowiec – psychiatria**

Istotne byłoby znalezienie źródła finansowania szkoleń dla psychologów klinicznych. Brak finansowania przez Uniwersytet Medyczny lub CMKP powoduje, że pomimo posiadanej akredytacji przez Katedrę i Klinikę Psychiatrii PUM nie można otwierać nowych specjalizacji w dziedzinie psychologii klinicznej. Wychodząc naprzeciw Narodowemu Programowi Ochrony Zdrowia Psychicznego konieczne jest kształcenie terapeutów środowiskowych, psychoterapeutów i psychologów klinicznych. Nie ma na to jednak funduszy, a samofinansowanie przez zainteresowanych, przy bardzo dużej ilości wymaganych godzin teoretycznych i praktycznych jest praktycznie niemożliwe.

W ocenie Konsultanta rozmieszczenie i liczba jednostek świadczących usługi medyczne w dziedzinie psychiatrii jest niewystarczająca. Również liczba zatrudnionych specjalistów jest zbyt mała. W najbliższych należałoby zatrudnić jeszcze 46 specjalistów.

Cena usługi w dziedzinie psychiatria dorosłych hospitalizacja całodobowa – jest niewystarczająca i nie była podnoszona od 3 lat. Szpital nie może przyjąć darowiznie leków od firmy farmaceutycznej, a kontrakt jest niewystarczający na pokrycie samych tylko kosztów leczenia farmakologicznego. Przy dłuższej trwającej takiej sytuacji pojawi się problem z zapewnieniem pacjentom leków najnowszej generacji, które w odpłatności dla szpitala są bardzo kosztochłonne. Będzie to również w sprzeczności ze standardami postępowania farmakoterapeutycznego zalecanego przez Konsultanta Krajowego ds. Psychiatrii. Konieczne jest również zwiększenie finansowania psychiatrii środowiskowej. Należałoby utworzyć całodobowy oddział psychiatryczny na południu województwa zachodniopomorskiego. Zapobiegnie to wypływowi środków finansowych z Zachodniopomorskiego NFZ do województw ościennych, gdzie pacjenci nie mający dostępu do oddziału poddają się hospitalizacji w województwach ościennych. Konsultant zwraca uwagę na wyzwanie jakim jest zorganizowanie specjalistycznych jednostek zajmujących się pacjentami z demencjami w naszym regionie.

## **29. prof. dr hab. n. med. Anna Walecka – radiologia i diagnostyka obrazowa**

Nadal odczuwa się brak radiologów szczególnie w szpitalach. Placówki niepubliczne odciągają lekarzy z publicznej służby zdrowia. Powstające nowe Pracownie Rezonansu Magnetycznego (RM) i Tomografii Komputerowej (TK) powodują „ucieczkę” lekarzy specjalistów tam gdzie zarobki są większe bez potrzeby dyżurowania.

Powstające nowe Pracownie Rezonansu i Tomografii nie są co do zasadności ich powstania konsultowane i opiniowane przez Konsultanta Wojewódzkiego, chociaż wiadomo od początku, że nie będą obsadzone przez lekarzy radiologów.

Obecnie przy 5 – cio godzinnym dniu pracy i dużej ilości wykonywanych badań RTG i KT tylko w Szczecinie brakuje około 30 specjalistów. Liczba ta nie jest duża ze względu na krótki czas pracy i możliwość migracji lekarzy między pracowniami w Szczecinie i w województwie. W 2013 r. sytuacja ulegnie radykalnej zmianie, ponieważ radiolodzy mają przejść na 40 godzinny tydzień pracy i możliwość przemieszczania się specjalistów będzie ograniczona. Pomocą w tej dziedzinie wydają się być teleradiologia, ale w pracy lekarz – pacjent nie zawsze jest wystarczająca.

Brakuje chętnych do specjalizowania się w Koszalinie, brakuje tam również specjalistów mogących być kierownikami specjalizacji. Duża ilość radiologów pracuje na kontraktach.

### **30. prof. dr hab. n. med. Danuta Rogowska – radioterapia onkologiczna**

Procedury radioterapeutyczne dla województwa zachodniopomorskiego wykonywane są w Oddziale Klinicznym Radioterapii PUM w Zachodniopomorskim Centrum Onkologii w Szczecinie oraz w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Koszalinie w Międzynarodowym Centrum Onkoradioterapii, którego otwarcie nastąpiło we wrześniu 2011 r.

Zdaniem Konsultanta do utrzymania udzielania świadczeń zdrowotnych na właściwym poziomie istotne jest dbanie o optymalne wyposażenie ośrodków w nowoczesną aparaturę, wymiana zużytych aparatów, doposażenie aktualnie pracujących aparatów w celu bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego, utrzymanie stałej ciągłości szkolenia dla personelu wyższego i średniego w celu efektywnego działania ośrodków, zwiększenie aktywności zespołu oraz dążenie do wprowadzenia nowych technik radioterapeutycznych.

### **31. lek. med. Jolanta Ignatowicz – rehabilitacja medyczna**

Nadal utrzymuje się małe zainteresowanie młodych lekarzy specjalizacją z rehabilitacji medycznej. Ilość jednostek posiadających akredytację jest wystarczająca na terenie województwa. W oddziałach rehabilitacji neurologicznej istnieje konieczność zatrudnienia logopedów, psychologów i terapeutów zajęciowych.

Niewystarczająca jest liczba aktualnie zatrudnionych specjalistów (48). W najbliższych latach należałoby zatrudnić 15 specjalistów.

Konieczne jest stworzenie większej bazy łóżkowej na terenie miasta Szczecina zakresie rehabilitacji kardiologicznej, neurologicznej i ogólnoustrojowej. Na terenie województwa zachodniopomorskiego brakuje zakontraktowanej rehabilitacji pulmonologicznej.

### **32. prof. dr hab. n. med. Andrzej Sikorski – urologia**

Rozmieszczenie specjalistów w Szczecinie jest odpowiednie do potrzeb. Braki kadrowe odczuwa Koszalin. Niedostateczna liczba lekarzy pracujących w Szpitalu Wojewódzkim im. Tytusa Chałubińskiego w Koszalinie. Istnieje tendencja zmiany miejsca pracy ze Szpitala do NZOZ UROMED w Koszalinie, co związane jest z korzystniejszymi warunkami pracy i płacy w ocenie zainteresowanych w NZOZ.

Szpital w Gryficach nie wykazuje zainteresowania w utworzeniu oddziału urologicznego, rozwiązane jest z ograniczonymi możliwościami finansowymi poszerzenia kontraktu z NFZ oraz trudnościami w pozyskaniu stałej miejscowej kadry urologicznej.

W związku z brakiem kontraktu na leczenie ze Szpitalem NZOZ UROMED w Koszalinie powstała niebezpieczna luka w dostępności do leczenia chorych urologicznie na terenie Koszalina i tamtejszego rejonu. Unikalny w sprzęt urologiczny będący w posiadaniu UROMEDU nie jest w pełni wykorzystywany, a oddział urologiczny Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie nie posiada tego rodzaju wyposażenia. Z tego względu część chorych szuka pomocy w odległych miejscach, w tym w Szczecinie.

Liczba aktualnie zatrudnionych specjalistów jest wystarczająca. Szkolenie specjalistyczne nowej kadry odbywa się w sposób zapewniający ciągłość pokoleniową w tym zakresie

Wszystkie oddziały urologii w województwie przekraczają nakreślony limit roczny w ostatnich miesiącach roku kalendarzowego, co sprawia, że w miesiącach październik, listopad i grudzień leczeni są głównie chorzy ze wskazań pilnej hospitalizacji, a dla innych

chorych kolejka spiętrza się na początek następnego roku, co powoduje odkładanie w czasie innych chorych, którzy powinni być leczeni bez niepotrzebnej zwłoki.

W związku ze starzeniem się populacji, co szczególnie wpływa na stan zabezpieczenia zdrowotnego w omawianej dziedzinie, Konsultant ocenia zwiększenie potrzeby w zakresie leczenia ambulatoryjnego i hospitalizacji w zakresie urologii o około 5% rocznie. Opieka ambulatoryjna jest wystarczająca, chociaż na rytm tej pracy ujemnie wpływają wyczerpujące się zbyt szybko limity finansowe NFZ. Poprawia się sytuacja w zakresie diagnostyki obrazowej. Tomografia komputerowa oraz rezonans magnetyczny podobnie jak scyntygrafia kośćca są lepiej dostępne zwłaszcza dla chorych obciążonych bądź podejrzanych o nowotwór. W związku z planami uruchomienia w roku 2013 Akademickiego Centrum Nowotworów Dziedzicznych sytuacja w zakresie leczenia chorych na nowotwory układu moczowo – płciowego powinna ulec dalszej poprawie.

Niestety dotkliwe braki związane z wymianą zużytej, kosztownej aparatury medycznej powodują niekiedy dotkliwy brak płynnej pracy w specjalności zawodowej jaką jest urologia. Konieczne staje się zapewnienie jasno określonych źródeł finansowania wymiany zużytego oraz pozyskiwania nowego sprzętu medycznego. Należy zabiegać o pozyskiwanie sprzętu do robotyzacji niektórych procedur urologicznych. Temu celowi służy robot Da-Vinci, który nie tylko w krajach lepiej rozwiniętych jest już standardem postępowania zabiegowego w wybranych schorzeniach. Wysokospecjalistyczna opieka urologiczna nie odbiega poziomem od mającej miejsce w czołówce ośrodków urologicznych w kraju, a w wielu przypadkach je przewyższa.

### **33. prof. dr hab. n. med. Marian Sygit – zdrowie publiczne**

Aktualnie zatrudnionych jest 20 specjalistów, istnieje potrzeba wykształcenia i zatrudnienia w najbliższych latach kolejnych 10 specjalistów. Zadania zdrowia publicznego na najbliższy czas to: dalsza kontynuacja rozwoju specjalizacji ze Zdrowia Publicznego, kształcenie kadry kierowniczej ze środowisk lekarskich, rozważenie możliwości wprowadzenia tej specjalizacji na stanowiskach kierowniczych w służbie zdrowia (dyrektorzy).

### **34. lek. med. Elżbieta Król – Pakulska – epidemiologia**

Czynnych zawodowo lekarzy specjalistów epidemiologów w województwie jest 5 osób. W trakcie specjalizacji jest obecnie 8 osób, część z nich to mieszkańcy województwa dolnośląskiego. Rozmieszczenie specjalistów jest nierównomierne. Brakuje około 20 specjalistów.

Dominującym tematem w roku 2011 było wystąpienie na terenie Europy Zachodniej masowych zachorowań wywołanych przez bakterie *Escherichia coli* 0104 pod postacią zespołu hemolityczno – mocznicowego i krwawej biegunki oraz możliwość wystąpienia w Polsce zawleczonych przypadków zachorowań lub zakażeń spowodowanych skażoną importowaną żywnością.

Problemem nadal jest niewielka liczba chętnych lekarzy z województwa zachodniopomorskiego do rozpoczęcia specjalizacji z epidemiologii i niewielka liczba osób przystępujących do egzaminu specjalizacyjnego po zakończeniu procesu specjalizacji.

W roku 2012 w związku z organizacją przez Polskę turnieju UEFA EURO 2012 oraz wzmożonym ruchem turystycznym należy się liczyć z możliwością wystąpienia wzrostu liczby zachorowań na choroby zakaźne, pasożytnicze i choroby przenoszone drogą płciową. Należy utrzymać aktualną liczbę łóżek zakaźnych szczególnie tych, które umożliwiają ścisłą izolację pacjentów w przypadku wystąpienia chorób szczególnie zaraźliwych.



### **35. dr hab. n. med. Jarosław Kaźmierczak – kardiologia**

Obecna liczba specjalistów jest niewystarczająca. Dotyczy to szczególnie leczenia ambulatoryjnego. W oddziałach szpitalnych o profilu kardiologicznym nasycenie specjalistami jest wystarczające. Z kolei w oddziałach wewnętrznych zwykle nie ma ani jednego kardiologa. Optymalnie w każdym oddziale wewnętrznym w województwie powinien być chociaż jeden kardiolog. Na terenie naszego województwa istnieją duże dysproporcje w rozmieszczeniu specjalistów. Skupieni są oni w dużych miastach. W kilku powiatach województwa nie ma na stałe ani jednego kardiologa. Obecnie specjalizację odbywa 45 lekarzy. Pozwoli to w roku 2015 osiągnąć optymalną liczbę kardiologów.

Brakuje wsparcia psychologicznego w oddziałach kardiologicznych i poradniach. Potrzeba co najmniej 1/2 etatu psychologa na oddział i ok. 1/4 na poradnię.

W ocenie Konsultanta liczba oraz rozmieszczenie szpitalnych jednostek świadczących usługi medyczne w dziedzinie kardiologii jest wystarczające, natomiast liczba i rozmieszczenie poradni specjalistycznych jest niewystarczające.

Kontrakty z oddziałami kardiologicznymi, szczególnie tymi, które wykonują zabiegi kardiologiczne są zbyt niskie. Za przyczynę spadku ilości wykonywanych badań koronarograficznych w 2011 r. należy uznać bardziej rygorystyczne przestrzeganie limitów NFZ na procedury planowe i presje dyrekcji szpitali, aby nie doprowadzać do zadłużenia jednostek.

Dzięki systemowi teletransmisji EKG bezpośrednio z karetki do pracowni kardiologii inwazyjnej skrócił się czas transportu pacjentów ze STEMI do leczenia zabiegowego. Ciągłe zdarzają się jednak przypadki, że pogotowie ratunkowe przewozi pacjenta z OZW do najbliższego szpitala, skąd dopiero inną karetką pacjent jest transportowany do pracowni hemodynamicznej. Dotyczy to zwykle NSTEMI i UA. Problemem jest transport pacjentów ze STEMI przebywających w izbie przyjęć szpitala bez hemodynamiki (lub w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym) skierowanych przez lekarzy POZ z pominięciem ratownictwa medycznego, lub tych, którzy zgłosili się sami. Karetki systemowe nie chcą przewozić tych pacjentów w trybie pilnym do pracowni hemodynamicznych. Szpital wtedy zamawia tzw. przewóz komercyjny i trwa to 2 – 3 godziny lub dłużej.

Kolejnym problemem jest niedobór miejsc szpitalnych do rehabilitacji po zabiegach kardiologicznych zawałach serca.

### **36. lek. med. Jarosław Nowak – transfuzjologia kliniczna**

Specjaliści z dziedziny transfuzjologii klinicznej zatrudnieni są w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Szczecinie – 6 osób z 9 posiadających tą specjalizację. Brakuje specjalistów w dużych szpitalach klinicznych i wojewódzkich. Niepokoi brak chętnych do podjęcia specjalizacji w dziedzinie transfuzjologii klinicznej.

W województwie zachodniopomorskim miejsca poboru krwi znajdują się w Szczecinie, Barlinku, Białogardzie, Drawsku Pomorskim, Goleniowie, Gryfinie, Gryficach, Kołobrzegu, Koszalinie, Stargardzie Szczecińskim, Szczecinku i Świnoujściu.

W większości przypadków współpraca pomiędzy szpitalami i Centrum Krwiodawstwa jest dobra, zaistniałe problemy wyjaśniane są na bieżąco.

Liczba powikłań poprzetoczeniowych w roku 2011 nie uległa znaczącej zmianie stosunku do roku 2010 – 53 (50) w tym 1 (2) z powodu błędu ludzkiego.

### **37. dr n. med. Małgorzata Śmiarowska – psychiatria dzieci i młodzieży**

W ocenie Konsultanta rozmieszczenie oraz ilość jednostek świadczących usługi medyczne w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży zarówno w odniesieniu do jednostek szpitalnych jak i poradni specjalistycznych jest niewystarczająca. Niedobory kadry specjalistów występują głównie w powiatach szczecineckim, waleckim, myśliborskim i świdwińskim.

Usługi medyczne w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży są niedoszacowane, zredukowano o ok. 10% liczbę punktów kontraktowych w stosunku do roku 2010, a na 2012 rok o ok. 10% w stosunku do roku 2011 – co wskazuje na tendencje do ograniczania możliwości leczenia.

Potrzeby zdrowotne populacji w tej dziedzinie medycyny są rosące z uwagi na rozpowszechnienie problemów emocjonalnych, w tym suicydalnych, autoagresywnych i agresywnych wśród młodzieży. Niepokojącym zjawiskiem jest obniżanie się wieku występowania ww. problemów i wzrost częstości wśród dzieci w wieku 5 – 12 r. życia problemów szkolnych, zaburzeń zachowania, intoksykacji środkami psychoaktywnymi. Nie ma w województwie zachodniopomorskim form psychoterapii grupowej ukierunkowanej na problem czy też szkoły dla rodziców.. Są formy pomocy socjoterapeutycznej w ramach poradni psychologiczno – pedagogicznych, które stanowią częściowe wypełnienie tej luki.

### **38. prof. dr hab. n. med. Stanisław Zajączek – genetyka kliniczna**

Liczba lekarzy posiadających specjalizację z genetyki klinicznej jest niewielka (10) i nie zaspokaja potrzeb pacjentów, zwłaszcza w aspekcie rosnących potrzeb diagnostycznych i konsultacyjnych związanych z dynamicznym rozwojem tej dziedziny. Idzie to w parze z rosnącą świadomością zarówno lekarzy jak i pacjentów, którzy oczekują rozszerzenia usług medycznych w tej dziedzinie do standardów istniejących od dawna w medycynie światowej. Wszyscy specjaliści zlokalizowani są w Szczecinie w Zakładzie Genetyki i Patomorfologii. Poza Szczecinem nie funkcjonuje żaden specjalista w tej dziedzinie. W powyższej sytuacji istnieje konieczność dalszego intensywnego specjalizowania nowych lekarzy (przynajmniej 7), zarówno w trybie rezydenckim jak i pozarezydenckim.

Istnieje również pilna potrzeba przeszkolenia i zatrudnienia psychologów, którzy rozumieliby specyfikę obciążeń genetycznych, zarówno nienowotworowych jak o nowotworowych. Obecne struktury zatrudnienia całkowicie pomijają powyższą konieczność.

Aktualnie realizowana kontraktacja nie spełnia wymogów stawianych przez współczesną medycynę. Dotyczy to genetyki chorób nienowotworowych, nowotworowych i diagnostyki prenatalnej. Przesiewowe nieinwazyjne badania prenatalne refundowane są jedynie pacjentkom z wąskiej grupy ryzyka, podczas kiedy w europejskiej i światowej medycynie uważa się, że powinny one być przeprowadzane u każdej ciężarnej, która sobie tego życzy. Ponadto obserwuje się stały, dynamiczny i wręcz rewolucyjny wzrost możliwości diagnostycznych, które niestety wiążą się z rosnącymi kosztami. Ponieważ specjalizacja lekarska z genetyki klinicznej jest w Polsce bardzo młoda, posiadamy ogromne zaległości w tym zakresie. Jeżeli zachowane zostaną obecne warunki kontraktowania w genetyce klinicznej, stan ten będzie można uznać za trwały.

## SPECJALIZACJE SZCZEGÓŁOWE

### 1. prof. dr hab. n. med. Michał Kurek – alergologia

Problemem jest zbyt wąski zakres udzielanych przez specjalistów alergologów świadczeń i brak rozwiązań systemowych sprzyjających pełnemu wykorzystaniu ich potencjału. Z natury rzeczy alergologia jest specjalnością interdyscyplinarną, co oznacza, że specjalista powinien rozwiązywać problemy i podejmować decyzje kliniczne wykraczające poza obszar jednej specjalności podstawowej. Warunkiem uzyskania specjalizacji jest posiadanie tytułu specjalisty jednej ze specjalności podstawowych (pediatria, interna, laryngologia, dermatologia, pneumonologia). W praktyce oznacza to zazwyczaj sytuację, w której ustabilizowany zawodowo lekarz uzyskując tytuł alergologa uprawia medycynę nadal w zakresie swojej specjalności podstawowej. Trudno nie zauważyć, że ogromna większość powstających gabinetów prywatnych ogranicza swoją działalność do wybranych problemów związanych z lokalizacją narządową alergii, czy też obszarów najbardziej dochodowych.

Rozwiązaniem może okazać się odejście od anachronicznego podziału na poradnie zajmujące się alergią oddechową, pokarmową czy skórą na rzecz ośrodków referencyjnych o pełnym profilu.

Jednym z palących problemów jest nadużywanie diet eliminacyjnych zwłaszcza u dzieci z atopowym zapaleniem skóry co z kolei wynika z nieumiejętnej oceny masowo wykonywanych testów skórnych. Poprawa poziomu diagnostyki w tym zakresie jest niezbędna. W sytuacji, w której długotrwałe zabiegi dietetyczne okazują się naprawdę konieczne pojawia się zapotrzebowanie na odpowiednio wykształconych dietetyków.

Celem nadrzędnym powinno być wprowadzenie i utrzymywanie na wysokim poziomie jednolitych standardów diagnostyki i leczenia wszystkich przejawów chorobliwej nadwrażliwości alergicznej i niealergicznej. Związane z tym potrzeby zdrowotne mieszkańców naszego województwa wykraczają daleko poza problem astmy, alergicznego nieżytu nosa i anafilaksji będącej przejawem alergii na jady owadów, diagnostyki atopowego zapalenia skóry i alergicznego wyprysku kontaktowego. nierozwiązane pozostają problemy związane z diagnostyką prewencją reakcji nadwrażliwości na leki i bezpieczeństwem osób zagrożonych anafilaksją.

Konsultant nie ma możliwości oceny kontraktacji usług medycznych z zakresu alergologii przez NFZ. Dostrzega jednak istniejące nieprawidłowości. Konsultant kwestionuje przyjętą przez NFZ zasadę rozdziału środków, w myśl której „wszystkie podmioty są równe, lecz te które oferują świadczenia po konkurencyjnie najniższej cenie są preferowane”. Oznacza to, że rozdział środków odbywa się w oparciu o arbitralnie przyjęte przez NFZ kryteria systemowe, które nie mają nic wspólnego z merytoryczną oceną poziomu kompetencji i jakości świadczeń poszczególnych podmiotów, jak też ze znaną Konsultantowi merytoryczną oceną potrzeb ludności województwa zachodniopomorskiego. W prowadzenie przez NFZ zasady, zgodnie z którą nowe podmioty znalazły się w pozycji uprzywilejowanej, spotkało się ze sprzeciwem środowiska lekarskiego. Dzięki inicjatywie Prezesa Okręgowej rady Lekarskiej w Szczecinie miało miejsce spotkanie Konsultanta z władzami Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Spotkanie było konstruktywne, a wprowadzone w okresie następnych tygodni korekty zostały przyjęte z zadowoleniem przez środowisko lekarzy specjalistów.

Konsultant zwraca uwagę na nadmierną presję firm farmaceutycznych promujących przede wszystkim farmakoterapię zespołów objawów i schorzeń przewlekłych z kręgu nadwrażliwości i alergii.

## **2. prof. dr hab. n. med. Piotr Gutowski – chirurgia naczyniowa**

W ocenie Konsultanta rozmieszczenie oraz ilość szpitalnych jednostek świadczących usługi medyczne w dziedzinie chirurgii naczyniowej jest wystarczająca, natomiast ilość i rozmieszczenie poradni specjalistycznych jest niewystarczająca. Aktualnie zatrudnionych jest 15 specjalistów i jest to ilość odpowiednia. W najbliższych latach należy zadbać o wykształcenie i możliwość zatrudnienia około 20 specjalistów. Jednak zdaniem Konsultanta istotniejsze od liczby specjalistów jest określenie środków finansowych przeznaczanych na chirurgię naczyniową. Zwiększenie liczby specjalistów bez zwiększenia środków na ich aktywność nie jest celowe.

Jeżeli środki finansowe na chirurgię naczyniową będą wystarczające, oddziały chirurgiczne wykonujące zabiegi z zakresu chirurgii naczyniowej powinny się wyciemnypować na oddziały stricte naczyniowe.

Obecne środki przeznaczane na chirurgię naczyniową są ok. 30% niższe od rzeczywistych potrzeb. Bardzo dużo pacjentów z województwa lubuskiego leczy się w naszym województwie. Warto byłoby usprawnić przepływ środków finansowych bez czekania na koniec roku.

Następuje stabilizacja podaży i popytu na usługi z zakresu tradycyjnej chirurgii naczyniowej. Zbyt mało środków jest przeznaczanych na nowoczesne techniki zabiegowe tzw. procedury Q01 w porównaniu z innymi województwami. System tworzenia kolejki w chirurgii naczyniowej wymaga bardzo dużej elastyczności ponieważ ok. 40% przyjęć jest ze wskazań nagłych. Powoduje to permanentną destrukcję kolejki. Powinno się bezdyskusyjnie przypadki ostre wprowadzić na listę procedur Nielimitowanych (pęknięty tętniak aorty brzusznej i piersiowej, urazy aorty i naczyń, ostre niedokrwienie kończyny, zatorowość płucna itd.). Na pozostałe można wprowadzić limit stosowny do możliwości systemu.

## **3. lek. med. Iwona Witkiewicz – choroby płuc**

Problemem jest kształcenie specjalistów jedynie w zachodniej części województwa. Trudności w uzyskaniu akredytacji Szpitala w Koszalinie zahamowały całkowicie kształcenie specjalistów w tym regionie województwa co może skutkować w krótkim czasie brakiem specjalistów we wschodniej części województwa. Już odczuwa się braki kadrowe w poradniach rejonowych, gdzie na ogół dojeżdżają specjaliści ze szpitali w Szczecinie i w Koszalinie. W naszym województwie zupełnie brakuje rehabilitacji oddechowej. Poradnie takie obecne są na terenie wszystkich województw. U nas brak możliwości skierowania chorego z POChP na rehabilitację przy dużej już świadomości społecznej o wadze takiego leczenia. Poważnym problemem jest także brak oddziału zamkniętego do leczenia gruźlicy, gdzie można by izolować chorych nagminnie opuszczających oddział, łamiąc regulamin i przerywając leczenie.

W ocenie konsultanta niewystarczająca jest liczba łóżek w jednostkach świadczących usługi medyczne w dziedzinie chorób płuc.

Gwałtowny i niepohamowany wzrost liczby chorych z POChP powoduje narastający brak miejsc w oddziałach pulmonologicznych, które ze względu na tą grupę chorych pełnią obok ośrodków diagnostycznych również rolę oddziałów długoterminowych. Zakłady opiekuńczo – lecznicze nie kwalifikują tych chorych do pobytu, a często ze względu na niewydolność oddechową nie radzą sobie oni w domach. IGChP podjął inicjatywę aby tych chorych w terminalnej fazie choroby lokować w hospicjach. Dopóki nie ma odgórnych zaleceń chorzy tacy długoterminowo przebywają w szpitalu. Stąd należy zakładać coraz dłuższe kolejki chorych diagnostycznych.

#### **4. prof. dr hab. n. med. Lilianna Majkowska – diabetologia**

Rozmieszczenie specjalistów w rejonie zdecydowanie poprawia się w stosunku do lat ubiegłych.

We wszystkich placówkach brakuje psychologów. Jeśli nawet są zatrudnieni w jednostce, dostępność jest niewielka. Zdecydowanie brakuje edukatorów diabetologicznych. Brakuje również pielęgniarek ze specjalizacją diabetologiczną. Brak pediatrów znających specyfikę stopy cukrzycowej.

W ocenie Konsultanta rozmieszczenie i liczba szpitalnych i ambulatoryjnych jednostek świadczących usługi medyczne w dziedzinie diabetologii jest w naszym województwie niewystarczające.

Konsultant zwraca uwagę na niewystarczający kontrakt na hospitalizacje diabetologiczne dla Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych SPSK Nr 1 w Policach i nieadekwatnie duży kontrakt (ponad 50% środków przeznaczonych na ten cel dla całego województwa) na hospitalizacje diabetologiczne osób dorosłych dla Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie, dysponującego zaledwie 22 – 23 łózkami diabetologiczno – internistycznymi. Pozostała, mniejsza część kontraktu przyznana została dla SPWSZ przy ul Arkońskiej i SPSK Nr 1 w Policach (łącznie 89 łózek diabetologiczno – internistycznych). Opinie Konsultantów nie są brane pod uwagę przy kontraktowaniu usług przez NFZ.

Przewidywany jest gwałtowny wzrost zachorowań na cukrzycę w populacji osób dorosłych. Istnieje bardzo duża potrzeba poprawy opieki diabetologicznej nad chorymi objętymi opieką lekarzy POZ. Wydaje się konieczne wprowadzenie systemu kontroli nad opieką nad chorymi na cukrzycę, realizowaną w POZ.

#### **5. prof. dr hab. n. med. Anelli Syrenicz – endokrynologia**

Specjaliści endokrynolodzy koncentrują się głównie w dużych ośrodkach. Stąd też mimo ogólnej dużej liczby specjalistów z endokrynologii w województwie zachodniopomorskim (23 czynnych endokrynologów) liczba specjalistów w terenie może być niewystarczająca.

W ocenie Konsultanta rozmieszczenie jednostek szpitalnych świadczących usługi medyczne w dziedzinie endokrynologii jest odpowiednie ale liczba łózek jest zbyt mała. Niewystarczające jest rozmieszczenie i ilość poradni specjalistycznych.

Należy zwiększyć o około 20% kontraktację w zakresie endokrynologii zarówno szpitalną jak i ambulatoryjną. Konsultant zakłada 20% wzrost zapotrzebowania na usługi endokrynologiczne zarówno w szpitalnej jak i ambulatoryjnej opiece endokrynologicznej.

#### **6. prof. dr hab. n. med. Marek Drożdżik – farmakologia kliniczna**

Ze względu na brak regulacji prawnych nie istnieje obowiązek zatrudniania farmakologów klinicznych. Konsultant zwraca uwagę, że w dużych szpitalach regionu nie zatrudniono żadnego farmakologa klinicznego, co z pewnością wpływa na jakość prowadzonej farmakoterapii. Niestety dyrektorzy szpitali nie wykazują zainteresowania współpracą z farmakologami klinicznymi. Należałoby rozważyć wprowadzenie administracyjnego obowiązku zatrudniania farmakologów klinicznych w dużych szpitalach. Liczba aktualnie zatrudnionych specjalistów jest niewystarczająca, w najbliższych latach należy dążyć do zatrudnienia przynajmniej 5 specjalistów.

Brak jest zainteresowania lekarzy kształceniem w zakresie farmakologii klinicznej. Specjalizację tą zdobywają jedynie lekarze zatrudnieni w Katedrze Farmakologii PUM, w ramach własnego rozwoju zawodowego i naukowego.

## **7. prof. dr hab. n. med. Krzysztof Marlicz – gastroenterologia**

W roku 2011 na terenie Szczecina i województwa zachodniopomorskiego pojawił się duży niepokój wśród chorych z chorobą Cohna i również w środowiskach lekarskich w związku z bardzo rygorystycznym przestrzeganiu przez NFZ procedur zapewniających dostęp do leczenia biologicznego, co skutkowało istotnym ograniczeniem tego dostępu dla chorych – nie tylko nowych chorych ale także tych, u których trzeba było zaprzestać kontynuacji owego leczenia.

Sprawa wywołała duże wzburzenie w społeczeństwie, co było powodem kilku wystąpień Konsultanta w prasie i w radiu. Problem był zgłaszany przez Konsultanta Krajowego już w roku 2010 w ministerstwie Zdrowia, które przez szereg miesięcy nie ustosunkowało się do problemu, a następnie przekazało sprawę do decyzji Agencji Technologii Medycznych, która ww. problemem się nie zajęła.

## **8. lek. med. Urszula Majewska – geriatrya**

Na obszarze województwa zachodniopomorskiego nie ma oddziału geriatrycznego, jest jedynie 6 łóżek geriatrycznych w Oddziale Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Alergologii w Samodzielny Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Szczecinie posiadającym kontrakt z ZOW NFZ. Nie ma miejsca do szkolenia lekarzy w specjalności geriatryi. Ilość i rozmieszczenie łóżek w bazie szpitalnej a także ilość i rozmieszczenie poradni specjalistycznych jest niewystarczająca.

Całościowa opieka geriatryczna jako standard postępowania diagnostyczno –lecniczego wymaga powołania zespołów geriatrycznych, złożonych z lekarzy geriatrów, pielęgniarek geriatrycznych i personelu wspomagającego: psychologów, fizjoterapeutów, pracowników socjalnych, terapeutów zajęciowych i dietetyków. Szczególnie psychologowie są niezbędni do współpracy przy terapii licznych typów zespołów otępiennych, których liczba rośnie wraz z wydłużaniem się średniej wieku ludności Polski. Podobne uwagi dotyczą rehabilitantów, którzy są wprost niezastąpieni w toku terapii pacjentów w zaawansowanym wieku 80+, u których w większości występują schorzenia układu ruchu oraz w licznych schorzeniach o podłożu neurologicznym.

Wartość kontraktacji usług geriatrycznych przez ZOW NFZ jest dalece niewystarczająca. Poszerzenie geriatrycznej bazy łóżkowej pozwoliłoby na hospitalizację większej liczby osób w podeszłym wieku oraz na poczynienie oszczędności finansowych w długofalowej perspektywie. Wykonywano analizy korzyści ze świadczeń medycznych udzielanych w oddziale geriatrycznym realizującym standardy z geriatryi. Analiza dotyczyła 40 – łóżkowego oddziału geriatrycznego, dokonano jej w oparciu o leczenie zespołowe i całościową opiekę geriatryczną oraz rehabilitację geriatryczną prowadzoną u każdej osoby hospitalizowanej. W takim oddziale wykonywane procedury diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne pozwalają na przedłużenie sprawności u 96 % wypisywanych chorych. Obliczono, że suma korzyści po stronie budżetu państwa i opiekunów domowych z utworzenia jednego nowego łóżka w oddziale geriatryi, w porównaniu do hospitalizacji w oddziale wewnętrznym wynosi 2638 zł w stosunku do jednego chorego. To pokazuje, że obecnie istnieją istotne przesłanki ekonomiczne do rozwoju bazy geriatrycznej.

## **9. prof. dr hab. n. med. Izabella Rzepka – Górska – ginekologia onkologiczna**

Konsultant przeprowadził analizę operacji ginekologicznych wykonanych w jednostkach naszego województwa w roku 2011. Analiza ta przeprowadzana jest na podstawie kserokopii opisu operacji onkologicznych, wyników badań histopatologicznych oraz ocenie dalszego postępowania z pacjentkami. Łącznie w województwie wykonano 350 operacji z zakresu ginekologii onkologicznej. Do działań o charakterze kontrolnym należy przewodniczenie Interdyscyplinarnej Komisji Onkologicznej, na którą kierowani są pacjenci z całego województwa. Konsultant uczestniczy we wszystkich posiedzeniach Komisji podpisuje zalecenia dla pacjentów. W 2011 r. odbyło się 810 konsultacji pacjentów.

## **10. prof. dr hab. n. med. Barbara Zdziarska – hematologia**

W ocenie Konsultanta rozmieszczenie jednostek szpitalnych świadczących usługi medyczne w dziedzinie hematologii jest wystarczające, natomiast liczba łóżek jest zbyt mała. Rozmieszczenie poradni specjalistycznych jest wystarczające, ale ich ilość należy zwiększyć. W najbliższych latach pojawi się potrzeba zatrudnienia 6 specjalistów. Kontraktacja powinna być zwiększona zarówno w zakresie programów lekowych, jak i chemioterapii i hospitalizacji. Nadal niektóre procedury są niedoszacowane (np. brak refundacji drogich antybiotyków i leków przeciwgrzybiczych).

Zwiększająca się liczba chorych na nowotworowe choroby krwi wymaga zwiększenia nakładów na leczenie zamknięte i otwarte. Konieczne jest zapewnienie leczenia objawowego chorym na choroby nowotworowe krwi w okresie terminalnym choroby, co ma szczególne znaczenie w sytuacji unikania przez oddziały chorób wewnętrznych hospitalizacji celem przetaczania preparatów krwi.

## **11. prof. dr hab. n. med. Krystyna Widecka – hipertensjologia**

Potrzeby szkoleniowe na najbliższą przyszłość to 5-6 specjalistów rocznie. Niepokojącym jest fakt podejmowania specjalizacji tylko przez lekarzy pracujących w Szczecinie. Brak chętnych z terenu województwa wynika z braku możliwości uzyskania specjalizacji trybem rezydenckim. Praca lekarzy w systemie kontraktowym uniemożliwia odbycie wymaganych programem specjalizacji.

W ocenie Konsultanta rozmieszczenie szpitalnych jednostek świadczących usługi medyczne w dziedzinie hipertensjologii oraz liczba łóżek jest wystarczająca. Natomiast zarówno ilość jak i rozmieszczenie poradni specjalistycznych jest niewystarczająca. Niewystarczająca jest liczba aktualnie zatrudnionych specjalistów.

Procedury nadciśnieniowe wyceniane są przez NFZ zbyt nisko. Brak jest kontraktacji usług szpitalnych oraz procedur hipertensjologicznych w świadczeniach szpitalnych.

Potrzeby zdrowotne są duże z uwagi na liczbę chorych z nadciśnieniem tętniczym. Szacunkowe dane wskazują, że w województwie zachodniopomorskim jest około 507 tys. chorych (30% dorosłej populacji). Większość tych chorych leczona jest przez lekarzy rodzinnych ale ok. 5 – 10 tys. wymaga leczenia i konsultacji specjalistycznej – hipertensjologicznej.

Problemami do rozwiązania są: wprowadzenie świadczeń specjalistycznych, hipertensjologicznych jako procedury szpitalne i wprowadzenie możliwości szkolenia specjalistów systemem rezydenckim.

**12. lek. med. Jadwiga Zwiegińcew (do dnia 07.09.2011 r.) dr n. med. Mariola Lembas – Sznabel (od dnia 13.09.2011 r.) – medycyna paliatywna**

Konsultant uważa, że powinien mieć wpływ na kwalifikację lekarzy na otworenie specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej. Dobór lekarzy do pracy w opiece paliatywnej i hospicyjnej powinien być bardzo staranny. Personel zatrudniony w tych jednostkach powinien cechować się dużą empatią, wrażliwością i dużą wiedzą z innych dziedzin medycyny. Taka zmiana w sposobie kwalifikacji przyczyniłaby się również do równomiernego umiejscowienia specjalistów.

W ocenie Konsultanta rozmieszczenie i ilość jednostek świadczących usługi medyczne w dziedzinie medycyny paliatywnej jest w naszym województwie niewystarczająca. Również ilość zatrudnionych specjalistów jest zbyt mała. Brak specjalistycznego personelu pielęgniarskiego oraz znaczący niedobór lekarzy specjalistów medycyny paliatywnej wymaga podjęcia działań promujących opiekę paliatywno – hospicyjną w regionie. W najbliższych latach należałoby zatrudnić około 60 specjalistów. Należy dążyć do tego, aby pracownicy zatrudniani w jednostkach opieki paliatywnej i hospicyjnej pracowali na pełnym etacie.

Konsultant uważa, że jednostkom, które wykazują nadwykonania należy z biegiem czasu i w miarę możliwości zwiększać kontrakt (nie powinno być limitów w hospicjach domowych). Poprawiła się dostępność do opieki paliatywnej i hospicyjnej – 7 powiatów uzyskało po raz pierwszy kontrakt z NFZ.

Stale rośnie zachorowalność na nowotwory złośliwe. Wyleczalność raka w Polsce jest znacznie mniejsza niż w innych cywilizowanych krajach. W województwie zachodniopomorskim umiera z powodu raka 4198 chorych i ci wszyscy chorzy powinni być objęci w odpowiednim czasie opieką paliatywną i hospicyjną. W naszym województwie są 3 hospicja stacjonarne. SA to Hospicjum Św. Jana ewangelisty w Szczecinie, Hospicjum stacjonarne w Koszalinie i Dom Hospicyjno – Opiekuńczy Caritas im. Ks. Biskupa Czesława Domina w Darłowie (łącznie 53 łóżka, zakontraktowanych 45). Na potrzeby województwa powinno być ich 120.

Istnieje potrzeba zatrudnienia psychologów o specjalistycznym przeszkoleniu w zakresie opieki paliatywnej. Szacunkowo w ramach istniejących jednostek zatrudnionych jest 15 psychologów, ale przygotowanie specjalistyczne oraz forma zatrudnienia pełnoetatowego wymaga poprawy. Podobnie istnieje potrzeba w zakresie zwiększenia zatrudnienia fizjoterapeutów. Pomimo braku formalnego warunku NFZ – istnieje też potrzeba zatrudnienia pracownika socjalnego i kapelana w ramach zespołów opieki stacjonarnej i domowej – przynajmniej w wymiarze 1 osoby w każdej z istniejących jednostek – tj. 22 pracowników socjalnych i 22 kapelanów.

W ramach planów rozwoju medycyny/opieki paliatywnej planowane jest tworzenie zespołów wspierających z opieki paliatywnej przy każdym szpitalu. Obecnie takie nie istnieją, a w przyszłości mają stanowić niezbędny element dobrze zorganizowanej opieki paliatywnej. Takie plany wymagają zatrudnienia dodatkowych lekarzy i pielęgniarek.

Kontraktacja usług w zakresie opieki paliatywnej jest niewystarczająca. Baza istniejących łóżek stacjonarnych – 45 w województwie to około 50% realnych potrzeb. Liczba zakontraktowanych łóżek w naszym województwie jest niższa w porównaniu do innych województw w Polsce. Zakontraktowanie 271 pacjentów jednocześnie w ramach hospicjum domowego z kosztem 2.45 zł na mieszkańca województwa zachodniopomorskiego jest wartością 2-3 krotnie niższą niż w innych województwach, a to oznacza, że opieka ta jest 2-3 krotnie mniej dostępna niż w innych województwach (woj. kujawsko – pomorskie 6.44 zł/mieszkańca, woj. lubuskie – 5.27zł/mieszkańca. Poradnie medycyny paliatywnej istnieją tylko w Szczecinie, Koszalinie, Stargardzie Szczecińskim, Gryfinie i Świnoujściu i są zakontraktowane w sposób wystarczający, ale ze względu na nierównomierne



rozmieszczenie w województwie są niedostępne dla wielu pacjentów mieszkających w innych rejonach województwa. Ogólnie średni poziom kontraktacji opieki paliatywnej dla chorych w naszym województwie jest najniższy w Polsce.

### **13. lek. med. Urszula Mikołajczak – Mejer – medycyna sportowa**

Aktualnie w województwie zachodniopomorskim jest 4 specjalistów medycyny sportowej (w Szczecinie, Koszalinie, Szczecinku i Wałczu). Zapotrzebowanie jest na co najmniej 5 specjalistów.

Rozmieszczenie, a także ilość poradni specjalistycznych świadczących usługi medyczne w dziedzinie medycyny sportowej nie zabezpiecza potrzeb w tym zakresie.

Kontraktacja usług medycznych w dziedzinie medycyny sportowej przez ZOW NFZ jest niewystarczająca, zarówno co do ilości placówek, jak i wysokości kontraktów.

W dalszym ciągu w województwie brakuje jednostki akredytowanej do prowadzenia specjalizacji w tej dziedzinie. Należy czynić intensywne starania o jej utworzenie, co pozwoli na wyszkolenie kolejnych specjalistów.

### **14. prof. dr hab. n. med. Kazimierz Ciechanowski – nefrologia**

W ocenie Konsultanta ilość i rozmieszczenie jednostek świadczących usługi medyczne w dziedzinie nefrologii, zarówno jednostek szpitalnych jak i poradni specjalistycznych jest wystarczająca.

Konieczna jest jednak zmiana podejścia NFZ do stacji dializ – mogą i muszą pracować poza schematem dializ dla poszczególnego pacjenta (zawsze możliwa jest dodatkowa dializa w sytuacji zagrożenia życia). Wskazane są również zmiany restrukturyzacyjne w stacjach dializ w Koszalinie i w Wałczu. Dla wygody pacjentów, zgodnie z założeniami Programu Poprawy i Rozwoju Dializoterapii w Polsce, powinna powstać stacja dializ w Świnoujściu – obecnie pacjenci wożeni są do Szczecina. Niedobory kadrowe szczególnie widoczne są w stacjach dializ w Kołobrzegu, Wałczu, Choszcznie, Koszalinie i w Szczecinku. Należałoby również zwiększyć zatrudnienie pielęgniarek w stacjach w Wałczu i w Choszcznie.

### **15. dr hab. n. med. Grażyna Hnatyszyn – neurologia dziecięca**

Aktualnie zatrudnionych jest 9 specjalistów neurologów dziecięcych. W najbliższych latach potrzebnych będzie jeszcze 8. Brakuje również psychologów i fizjoterapeutów przeszkolonych do pracy z dziećmi niepełnosprawnymi.

W ocenie Konsultanta liczba i rozmieszczenie szpitalnych i ambulatoryjnych jednostek świadczących usługi medyczne w dziedzinie neurologii dziecięcej jest niewystarczająca. Za mały jest dostęp do badań obrazowych, szczególnie do rezonansu magnetycznego. Sytuacja ta dotyczy całego województwa.

W związku z uwarunkowaniem przez NFZ zawierania umów dotyczących opieki ambulatoryjnej od harmonogramu pracy poradni (narzucona liczba godzin) został częściowo ograniczony dostęp do opieki ambulatoryjnej w zakresie neurologii dziecięcej. Również w związku z trudnymi do realizacji wymogami NFZ doszło do pewnego ograniczenia dostępu do leczenia spastyczności u dzieci preparatami botuliny.

Zmniejszająca się liczba czynnie pracujących neurologów dziecięcych może być powodem ograniczenia dostępu do opieki neurologicznej dla dzieci.

Należy dążyć do poprawy dostępności do leczenia neurochirurgicznego dzieci w naszym województwie.

## **16. dr hab. n. med. Jarosław Peregud – Pogorzelski – onkologia i hematologia dziecięca**

Klinika Hematologii i Onkologii Dziecięcej PUM w Szczecinie powinna wystąpić z wnioskiem o akredytację w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej, co umożliwi specjalizowanie się w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej w Szczecinie.

W ocenie Konsultanta ilość i rozmieszczenie jednostek świadczących usługi medyczne w tej dziedzinie medycyny jest wystarczające. Niewystarczająca jest liczba aktualnie zatrudnionych specjalistów. Znacznie zaniżona jest wycena kontraktowanych procedur. Zmiana wyceny umożliwiłaby stosowanie chemioterapii niestandardowej w wybranych przypadkach.

## **17. dr n. med. Lidia Ostanek – reumatologia**

W ciągu najbliższych lat należy wykształcić kilkunastu reumatologów, którzy zabezpieczyliby potrzeby ośrodków pozamiejskich. Istnieje również konieczność zwiększenia liczby specjalistów w zakresie reumatologii wieku rozwojowego. W ramach oddziałów i poradni powinni funkcjonować psycholog i pracownicy socjalni, którzy we współpracy z lekarzem zabezpieczyliby potrzeby chorych nie tylko od strony farmakoterapii. Jest to element opieki nad chorymi reumatycznymi, często niezbędny do ich dalszego funkcjonowania. Psycholog i pracownik socjalny powinien funkcjonować przy każdym oddziale oraz w każdej większej poradni specjalistycznej.

Rozmieszczenie oraz ilość szpitalnych jednostek świadczących usługi medyczne w dziedzinie reumatologii jest wystarczające. Ilość i rozmieszczenie poradni specjalistycznych nie odpowiada potrzebom i jest zbyt mała. Należy również zwiększyć dostępność do bazy rehabilitacyjnej na terenie województwa. Poza miejscowościami o typie uzdrowiska szybkie uzyskanie świadczeń z zakresu fizykoterapii i kinezyterapii jest praktycznie niemożliwe. Należałoby umożliwić działanie ośrodków rehabilitacyjnych w trybie zmianowym, gdzie chorzy mogliby korzystać z zabiegów po pracy. Brakuje możliwości rehabilitacji przyłóżkowej w trybie ambulatoryjnym.

Na terenie województwa występuje bardzo wyraźna centralizacja poradni reumatologicznych w ośrodkach miejskich. Należy zwiększyć możliwość świadczeń w poradniach dysponujących wykwalifikowanym personelem i realizujących (lub przekraczających) swoje dotychczasowe umowy z NFZ. Konsultant uważa za celowe zwiększenie limitów na świadczenia z zakresu reumatologii dla dobrze wyposażonych ośrodków szpitalnych, dysponujących przygotowaną, wykształconą kadrą i pełnymi możliwościami diagnostycznymi. Zmniejszy to kolejki oczekujących na przyjęcie, poprawi jakość opieki i zmniejszy ryzyko narastającego inwalidztwa w populacji młodych, aktywnych zawodowo chorych. Liczba młodych chorych z chorobami układowymi tkanki łącznej rośnie i jest to zjawisko o charakterze globalnym. Jest to wynikiem predyspozycji genetycznych ale również zmieniających się warunków środowiskowych. Rośnie również odsetek ludzi starych, obciążonych chorobą zwyrodnieniową stawów, niepełnosprawnością, wymagających leczenia, rehabilitacji, zabezpieczenia ortopedycznego i socjalnego. Należy dążyć do wczesnej diagnostyki i szybkiego, skutecznego leczenia chorób układu ruchu i chorób o charakterze autoimmunizacyjnym. Zmniejszy to odsetek wczesnego inwalidztwa i pozwoli na utrzymanie aktywności zawodowej młodych chorych.

Aby poprawić jakość świadczonych usług, usprawnić funkcjonujący system organizacyjny należy zadbać o przygotowanie merytoryczne lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej z zakresu podstaw schorzeń reumatycznych (szkolenia w kooperacji z ośrodkami specjalistycznymi) celem szybkiej selekcji chorych i szybkiego kierowania ich do specjalisty

reumatologa. Zwiększenie liczby poradni specjalistycznych oraz właściwie wycenione limity punktowe umożliwią szybką diagnostykę i leczenie. Zwiększenie limitów przyjęć pozwoli na pełne wykorzystanie zasobów personalnych i łóżkowych Oddziałów Szpitalnych.

#### **18. prof. dr hab. n. med. Krzysztof Borowiak – toksykologia kliniczna**

Przeprowadzono dwie edycje kursu z toksykologii klinicznej dla specjalizujących się w anestezjologii i intensywnej terapii we współpracy z Oddziałem Anestezjologii SPSK Nr 2 oraz staże kierunkowe dla 10 osób specjalizujących się z zakresu diagnostyki laboratoryjnej. We współpracy z PUM i Urzędem Miasta Szczecin przygotowano film dydaktyczny „Dlaczego narkotykom mówimy nie” skierowany do młodzieży gimnazjalnej i licealnej.

#### **19. prof. dr hab. n. med. Marek Ostrowski – transplantologia kliniczna**

Liczba osób uzyskujących specjalizację jest wystarczająca do realizacji zadań, natomiast brakuje koordynatorów ds. transplantologii w szpitalach posiadających oddziały intensywnej terapii. Należałoby zatrudnić 7 – 10 koordynatorów.

W ocenie Konsultanta rozmieszczenie i liczba szpitalnych jednostek, a także poradni specjalistycznych jest wystarczająca.

#### **20. lek. med. Anna Wilk – kardiologia dziecięca**

Obecnie na terenie województwa zachodniopomorskiego 6 lekarzy posiada specjalizację z kardiologii dziecięcej, w tym 1 osoba jest w wieku emerytalnym, 5 osób pracuje w Szczecinie, 1 osoba w Koszalinie, 1 osoba jest w trakcie specjalizacji (uzyska ją jesienią 2013 r.). Z uwagi na brak w naszym województwie Ośrodka kardiologii Dziecięcej (niemożność uzyskania akredytacji) staże specjalizacyjne muszą się odbywać w odległych ośrodkach. Wiąże się to między innymi z dodatkowymi kosztami, stąd brak chętnych do podejmowania tej trudnej specjalizacji. Skrócenie czasu trwania specjalizacji z pewnością poprawiłoby sytuację.

W przypadku rozpoznania u dziecka wady wrodzonej serca „choruje” cała rodzina, stąd konieczność zapewnienia wsparcia między innymi psychologicznego staje się jak najbardziej uzasadnione. Psycholog powinien być obecny w oddziale i uczestniczyć w procesie leczenia i diagnozowania małego pacjenta.

Liczba i rozmieszczenie szpitalnych jednostek świadczących usługi medyczne w dziedzinie kardiologii jest wystarczająca, natomiast zbyt mała jest liczba poradni specjalistycznych. Istnieje potrzeba utworzenia Intensywnej Opieki Medycznej dla potrzeb najmłodszych pacjentów z problemami kardiologicznymi tj. noworodków i niemowląt.

Kontraktowanie udzielanych świadczeń nie powinno wyłącznie zależeć od uzyskanej specjalizacji, ale również od umiejętności i wiedzy lekarza. Świadczenie udzielone przez specjalistę w danej dziedzinie ma taką samą wartość, jak udzielone przez lekarza z wieloletnim doświadczeniem, mimo braku specjalizacji. Niedowartościowane są również procedury w poradnictwie ambulatoryjnym, co powoduje niechęć pracodawcy do ich kontraktowania w ilości dostosowanej do bieżących potrzeb.

Perspektywy rozwoju kardiologii dziecięcej są zdeterminowane pogarszającą się systematycznie sytuacją w pediatrii. Dotyczy to zarówno lecznictwa zamkniętego jak i specjalistki ambulatoryjnej, której zadania przekazano do POZ. Skutkuje to brakiem zainteresowania młodych lekarzy do podjęcia specjalizacji z pediatrii, co z kolei pozbawia możliwości pozyskania chętnych, którzy kolejnych kilka lat poświęcą na zdobycie specjalizacji z kardiologii dziecięcej. Coraz większym problemem staje się wymiana

zdekaptalizowanej podstawowej aparatury do badań echo, prób wysiłkowych czy Holtera. Zwiększająca się liczba porodów, w tym również noworodków przedwcześnie urodzonych, u których występuje przetrwałe krążenie płodowe, otwarty przewód Botalla lub inne problemy kardiologiczne wymagają również konsultacji i nadzoru kardiologa dziecięcego. Działalność Poradni Sportowych oraz konieczność przestrzegania norm unijnych i objęcia młodych sportowców opieką kardiologiczną, wymaga zwiększenia ilości lekarzy specjalizujących się w kardiologii dziecięcej i niezbędnego wyposażenia w sprzęt medyczny (np. bieżnia do prób wysiłkowych, aparat echo).

Wejście w życie nowych przepisów dotyczących kwalifikacji personelu medycznego świadczącego usługi w oddziałach/poradniach specjalistycznych wydłuży kolejki oczekujących i znacząco ograniczy dostęp pacjentów, szczególnie w specjalizacjach deficytowych takich jak kardiologia dziecięca. Oznacza to brak zapewnienia właściwej opieki kardiologicznej dla dzieci w województwie zachodniopomorskim i zagrożenie ich życia i zdrowia.

## **21. dr n. med. Jan Nowak – urologia dziecięca**

Aktualnie w województwie zachodniopomorskim nie ma żadnego „pełnoetatowego” specjalisty w dziedzinie urologii dziecięcej. Nadal istnieje pilna potrzeba zatrudnienia specjalistów spoza województwa do zabezpieczenia poradni i oddziałów realizujących procedury urologiczne (co najmniej dwóch a dalszej perspektywie następnych dwóch) lub zabezpieczenia środków finansowych dla chętnych do podjęcia specjalizacji z urologii dziecięcej specjalistów chirurgii dziecięcej. W niedalekiej przyszłości wskazane byłoby utworzenie poradni konsultacyjnej w Koszalinie lub w innym większym mieście we wschodniej części województwa. Obecnie wiele dzieci z województwa zachodniopomorskiego kierowanych jest do ośrodków klinicznych w Poznaniu, Warszawie, Gdańsku – dotyczy to zwłaszcza terenów odległych od Szczecina. Ta sytuacja spowodowana jest znacznie ograniczonym dostępem do specjalisty urologa dziecięcego. Dwóch chirurgów dziecięcych, jeden specjalizujący się lekarz z kliniki i zatrudniony na 8 godzin tygodniowo urolog z Gorzowa – nie rozwiąże problemu zachodniopomorskiej populacji dziecięcej.

Procedury w dziedzinie urologii w 2011 r. zakontraktowane były w ramach chirurgii dziecięcej i realizowane przez chirurgów dziecięcych zatrudnionych w Katedrze i Klinice Chirurgii Dziecięcej i Onkologicznej PUM – SPSk Nr 1 oraz w Oddziale Chirurgii Dziecięcej, Oparzeń i Urologii SPSZOZ „Zdroje”. Dotyczyło to zarówno hospitalizacji jak i poradni specjalistycznych.

## **22. prof. dr hab. n. med. Józef Kładny – chirurgia onkologiczna**

W ocenie Konsultanta rozmieszczenie oraz ilość jednostek szpitalnych świadczących usługi medyczne w dziedzinie chirurgii onkologicznej jest niewystarczająca. Również ilość i rozmieszczenie poradni specjalistycznych jest zbyt małe. Należałoby zwiększyć ilość zatrudnionych specjalistów. Zakładając, że dla województwa wystarczyłoby ok. 5 ośrodków, to uwzględniając ambulatoria wydaje się, że 40 specjalistów chirurgii onkologicznej byłoby liczbą wystarczającą. Obecnie zatrudnionych jest 16 specjalistów.

Od wielu lat środowisko zgłasza szereg uwag do szacunkowych wartości procedur z zakresu chirurgii onkologicznej. Wiele procedur w tym zakresie jest nieoszacowanych, co powoduje, że wiele oddziałów nie może się zbilansować. Wydaje się, że jedynym rozwiązaniem byłoby przeprowadzenie zapowiadanego wielokrotnie przez przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia zliczenia kosztów w szpitalach w których wprowadzono system informatyczny gromadzenia danych i rozliczania.

Na nowotwory złośliwe w województwie zachodniopomorskim zachorowało 5098 osób. Ci wszyscy chorzy to potencjalni pacjenci, których operują chirurdzy ogólni i onkologiczni. Taką grupę chorych można byłoby skutecznie leczyć w 4-5 ośrodkach, a leczymy praktycznie we wszystkich 28 oddziałach i klinikach chirurgicznych. Należałoby skoncentrować opiekę nad tymi chorymi w ośrodkach o najwyższym stopniu referencyjności.

Wciąż aktualną potrzebą jest wprowadzenie na terenie całego województwa jednolitego systemu gromadzenia danych (monitoringu) na temat zachorowań, jak też wczesnych i odległych wyników leczenia chorych onkologicznie.

### **23. lek. med. Iwona Jankowska – Wojniak – seksuologia**

W roku 2011 uruchomiono w województwie zachodniopomorskim 2 nowe miejsca specjalizacyjne. Przygotowano i przeprowadzono warsztaty szkoleniowe dla lekarzy i lekarzy specjalizujących się nt. „Jakość życia a zaburzenia seksualne”, „Zaburzenia erekcji – epidemiologia, diagnostyka, leczenie a jakość życia – nowe trendy”, „Seks wieku mocno dojrzałego – jakość życia”. Przeprowadzono również cykl warsztatów szkoleniowych dla rehabilitantów i szkółących się w zakresie rehabilitacji i terapii nt. „Rehabilitacja seksualna w przebiegu leczenia i w trakcie rehabilitacji w niektórych chorobach i po urazach”.

### **24. dr n. med. Ireneusz Wiernicki – angiologia**

Istnieje potrzeba wyszkolenia specjalistów angiologów, których jest 4 w województwie zachodniopomorskim i wszyscy są zatrudnieni w PUM. Brak angiologów i chcących się specjalizować w tej dziedzinie lekarzy, którzy mogliby pracować w Poradniach Naczyniowych na terenie województwa, to wynik przede wszystkim brakiem zachęty finansowej. Istnieje również zapotrzebowanie na psychologa – terapeutę, ponieważ leczona jest spora grupa pacjentów wymagających psychoterapii (np. chorzy po amputacjach kończyn dolnych, czy po urazach mózgu).

W ocenie Konsultanta rozmieszczenie oraz ilość jednostek świadczących usługi medyczne w dziedzinie angiologii, zarówno jednostek szpitalnych jak i ambulatoryjnych, jest niewystarczająca.

Niska cena punktu za usługi medyczne świadczone pacjentom z chorobami naczyniowymi przekłada się na brak motywacji finansowej do specjalizowania się i pracy w tej dziedzinie medycyny.

Obserwuje się wzrost zachorowalności na choroby naczyniowe, co głównie wiąże się ze starzeniem społeczeństwa. W związku z tym można prognozować wzrost potrzeb zdrowotnych populacji w zakresie diagnostyki i leczenia chorób naczyń. Należy więc stworzyć system zachęty finansowej dla lekarzy, by chcieli się specjalizować i pracować w dziedzinie angiologii. Następnie należy rozwiązać problem niedostatku Poradni Naczyniowych poza Szczecinem.

## **DZIEDZINY STOMATOLOGICZNE**

### **1. dr n. med. Danuta Górniak – ortodoncja**

Szkolenie podyplomowe lekarzy prowadzone jest w dwóch poradniach ortodontycznych w Szczecinie i jednej poradni w Koszalinie. Liczba aktualnie specjalizujących się osób w dziedzinie ortodoncji w Poradni Ortodoncji Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie wynosi 10, a w NZOZ Przychodni Stomatologicznej w Koszalinie 2 osoby. Gabinety są zabezpieczone w odpowiedni sprzęt i aparaturę medyczną dla specjalizowania się i wykonywania zawodu ortodonta. Zostały również uruchomione dwa nowe miejsca specjalizacyjne.

Po zapoznaniu się z faktycznym stanem i liczbą poradni ortodontycznych w województwie zachodniopomorskim Konsultant stwierdza, iż w dalszym ciągu ich liczba jest niewystarczająca, aby usługi ortodontyczne były dostępne dla większości mieszkańców naszego województwa. Według zaleceń Konsultanta krajowego ds. ortodoncji na 10000 ludności powinien przypadać jeden specjalista ortodonta.

### **2. prof. dr hab. n. med. Jadwiga Banach – periodontologia**

Rozmieszczenie lekarzy dentystów posiadających specjalizację z paradontologii a zatrudnionych na terenie województwa zachodniopomorskiego jest nierównomierne. Tylko w powiecie goleniowskim 1 lekarz dentysta ma specjalizację z periodontologii, natomiast pozostałe powiaty nie posiadają lekarzy dentystów z tą specjalnością. Ponad 99% lekarzy periodontologów zatrudnionych jest na terenie Szczecina. 1 lekarz dentysta z miasta Koszalina rozpoczął staż i specjalizowanie się w tej dziedzinie. Brak lekarzy periodontologów wyrażających gotowość przyjęcia na siebie obowiązków kierownika specjalizacji.

Podstawowy zakres świadczeń paradontologicznych z koszyka świadczeń sprawowany jest również przez lekarzy dentystów periodontologów w ramach opieki ogólnostomatologicznej finansowanej przez NFZ. W najbliższych latach należałoby wykształcić około 19 specjalistów.

Każdy lekarz dentysta, a szczególnie paradontolog powinien pracować z higienistką stomatologiczną.

Badania epidemiologiczne stanu przyzębia przeprowadzone w IV kwartale 2011 r. na terenie miasta Szczecina wykazały, że tylko 4,5 % ludności w wieku 35 – 44 lata ma zdrowe przyzębie. Oznacza to, że większość osób w tym wieku wymaga zabiegów profilaktyczno – leczniczych. Jeżeli tak złą sytuację zdrowotną przyzębia u osób w wieku 35 – 44 lat stwierdza się u mieszkańców miasta Szczecina nietrudno wyobrazić sobie jak wygląda stan przyzębia i potrzeby zdrowotne przyzębia u mieszkańców z terenu całego województwa zachodniopomorskiego. Przyczyną tego stanu jest między innymi komercjalizacja opieki stomatologicznej w tym i opieki paradontologicznej.

### **3. prof. dr hab. n. med. Bogumiła Frączak – protetyka stomatologiczna**

Brak możliwości prognozowania potrzeb zdrowotnych w tej dziedzinie ze względu na brak danych o potrzebach protetycznych mieszkańców województwa zachodniopomorskiego. Od lat nie są prowadzone badania epidemiologiczne. Liczba zawartych kontraktów protetycznych przez NFZ nie odzwierciedla faktycznych potrzeb. Kontrakty dotyczą tylko wybranych świadczeń protetycznych.

Zbyt mało jest specjalistów w tej dziedzinie medycyny i większość pracuje na terenie Szczecina. Należałoby rozważyć możliwość monitorowania miejsc, w których otwierane są praktyki specjalistyczne protetyczne.

#### **4. prof. dr hab. n. med. Krystyna Lisiecka – stomatologia dziecięca**

Wciąż potrzebni są specjaliści ze stomatologii dziecięcej, rozmieszczenie specjalistów powinno uwzględniać tzw. „teren”, bowiem dotychczas skupiają się wokół ośrodka akademickiego jakim jest Szczecin. Analiza liczby zatrudnionych specjalistów na 10 tys. mieszkańców wykazała, że wskaźnik wynosi 0,08 i należy do najniższych wśród specjalności stomatologicznych.

Aktualne postępowanie kwalifikacyjne nie uwzględnia przydatności osobniczej do danej specjalizacji. Jest to niewątpliwie błąd postępowania kwalifikacyjnego, gdyż stomatologia dziecięca jest specjalnością wymagającą szczególnych umiejętności lekarza, głównie psychologicznych uwarunkowań.

W ocenie Konsultanta ilość i rozmieszczenie poradni specjalistycznych świadczących usługi medyczne w dziedzinie stomatologii dziecięcej jest niewystarczająca. Potrzebna jest Specjalistyczna Poradnia Dziecięca ogólnodostępna dla dzieci z całego województwa, funkcjonująca w ramach NFZ (ale na odrębnych zasadach niż dotychczasowe niespecjalistyczne umowy) lub rodzaj międzyszkolnej poradni dla dzieci, również w wieku przedszkolnym.

Aktualnie w województwie zachodniopomorskim zatrudnionych jest 31 specjalistów. Jest to liczba niewystarczająca i w najbliższych latach należałoby ją zwiększyć o kolejnych 50 specjalistów. Dane epidemiologiczne wskazują na brak wyraźnej poprawy leczenia i profilaktyki.

Brak wykazu zabiegów specjalistycznych dla dzieci, nie zachęca do ich wykonywania w ramach NFZ. Zbyt niska jest wycena zabiegów, nie uwzględnia trudności leczenia dzieci, szczególnie najmłodszych. Procedury profilaktyczne dla najmłodszych istnieją, ale system ich organizacji (we współpracy z pediatrami) i rozliczania pozostawia wiele do życzenia.

Ogólnie sytuacja epidemiologiczna w tej dziedzinie jest zła. Najmłodszych dzieci prawie nie leczy się, a leczenie dzieci w wieku szkolnym jest niewystarczające. Szczególnie alarmujące są wyniki w środowisku wiejskim. Potrzeby zdrowotne w zakresie profilaktyki i leczenia stomatologicznego wciąż są duże i wymagają przemyśleń ogólnopolskich.

#### **5. prof. dr hab. n. med. Jadwiga Buczkowska – Radlińska – stomatologia zachowawcza z endodoncją.**

Stomatologia zachowawcza z endodoncją nie wymaga zwiększenia miejsc szkoleniowych, ze względu na niewielkie zainteresowania specjalizacją w tej dziedzinie. Specjaliści są skupieni w dużym nieście (Szczecinie) w liczbie 50, a tylko 8 osób pracuje w terenie. Brak kontraktów specjalistycznych nie zachęca do ubiegania się o specjalizację.

Ze względu na brak programów profilaktycznych należy się spodziewać wzrostu zapotrzebowania na leczenie stomatologiczne. Dotyczy to głównie osób o niskim statusie socio – ekonomicznym i osób niepełnosprawnych

## **6. dr n. med. Katarzyna Sporniak – Tutak – chirurgia stomatologiczna**

W ocenie Konsultanta liczba i rozmieszczenie poradni specjalistycznych, które świadczą usługi medyczne w zakresie chirurgii stomatologicznej jest wystarczająca. Również liczba zatrudnionych specjalistów jest odpowiednia. Prognozowanie odnośnie potrzeb na świadczenie usług w dziedzinie chirurgii stomatologicznej odbywa się na podstawie doświadczeń lat ubiegłych. Na podstawie tych danych NFZ zgłasza zapotrzebowanie na liczbę punktów kontraktowych i podpisuje umowy ze specjalistami. Dotychczas brak jest odpowiednich wzorcowych wskaźników zabezpieczenia na usługi w danej dziedzinie stomatologii, do których można byłoby się obiektywnie odnieść. Konsultant widzi konieczność stworzenia wzorcowych wskaźników zabezpieczenia usług w dziedzinie chirurgii stomatologicznej na terenie województwa zachodniopomorskiego, na podstawie których można byłoby realnie prognozować zapotrzebowanie na punkty kontraktowe, ilość specjalistów, potrzeby szkoleniowe.



## **DZIEDZINY MAJĄCE ZASTOSOWANIE W OCHRONIE ZDROWIA**

### **1. mgr Małgorzata Marjańska – fizjoterapia**

W ocenie Konsultanta jest zbyt mała liczba fizjoterapeutów specjalizujących się i niewielu specjalistów chce wziąć czynny udział w przygotowywaniu swoich kolegów do odbycia specjalizacji. Przygotowana została dokumentacja do akredytacji Specjalistycznego Szpitala i. prof. A. Sokołowskiego do prowadzenia specjalizacji z fizjoterapii. Nie udało się uruchomić studiów pomostowych dla fizjoterapeutów ponieważ w dalszym ciągu nie wprowadzono ustawy o zawodzie fizjoterapeuty. Aktualnie zatrudnionych jest 2 specjalistów, w najbliższych latach należy zatrudnić około 50 specjalistów.

Zdaniem Konsultanta rozmieszczenie oraz ilość jednostek świadczących usługi medyczne w dziedzinie fizjoterapii jest niewystarczająca.

Kontraktowanie zabiegów fizjoterapeutycznych jest niewystarczające. Utrzymuje się od lat na tym samym niskim poziomie. Brakuje miejsc w lecznictwie szpitalnym oraz ambulatoryjnym. Na niektóre zabiegi pacjenci muszą czekać nawet do pół roku, co szczególnie w ostrych zespołach bólowych wydłuża czas choroby lub powoduje rozwinięcie się choroby w stan przewlekły.

Konsultant uważa, że powinien powstać ośrodek, który specjalizowałby się w prewencji wtórnej i pierwotnej zachorowalności na choroby krążenia i choroby układu kostno – stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, zarówno u dzieci jak i dorosłych. Należałoby również opracować w zespołach interdyscyplinarnych możliwe do realizacji programy profilaktyczne dla tych schorzeń.

Nadal w Szczecinie istnieje pilna potrzeba powstania oddziału/szpitala o profilu rehabilitacyjnym.

Nadal w Szczecinie istnieje pilna potrzeba powstania oddziału/szpitala o profilu rehabilitacyjnym.

Planowanie kontraktacji usług rehabilitacyjnych powinno odbywać się przy udziale Konsultantów Wojewódzkich w dziedzinach fizjoterapii i rehabilitacji medycznej.

### **2. dr n. med. Ryszard Kamiński – psychologia kliniczna**

Dziedzina psychologii klinicznej jest bardzo niszowa. W naszym województwie jest tylko 8 specjalistów, w tym dwie osoby w wieku emerytalnym, czyli pozostała część w liczbie 6 pracuje na terenie Szczecina, a potrzeby w każdym z powiatów województwa są bardzo duże. W porównaniu do lat ubiegłych nie zmieniła się kwestia dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie psychologii klinicznej. W całej grupie specjalistów tylko jedna osoba jest specjalistą w zakresie dzieci i młodzieży (wiek emerytalny). Niezbędna jest kolejna liczba miejsc szkoleniowych w liczbie 30. W trakcie przeprowadzanych kontroli Konsultant spotykał się z kadrą zarządzającą i kadra wykonującą świadczenia w zakresie diagnostyki i pomocy psychologicznej. Wspólnym mianownikiem było brak wystarczających środków finansowych na realizację świadczeń w dziedzinie psychologii. W ocenie klinicznej psychologowie wykorzystują testy psychologiczne i stosują wsparcie psychologiczne oraz elementy psychoterapii, szczególnie w trakcie indywidualnych spotkań z pacjentami. Z rozmów, tak z kadrą menadżerską, psychiatrami jak i psychologami wynika, że potrzeba świadczeń po stronie pacjentów jest coraz większa. Stan psychiczny naszego społeczeństwa jest coraz bardziej zubożony.

Zapotrzebowanie na usługi w zakresie psychologii klinicznej będzie coraz większe, w zakresie diagnostyki, profilaktyki i leczenia. Coraz częściej z uwagi na coraz większą świadomość populacji ludzie chcą zapobiegać różnego rodzaju napięciom, stresom ale także poszerzyć własne możliwości umysłu.

W świadczeniach z NFZ jest potrzeba wskazania psychologa klinicznego, specjalista z psychologii klinicznej jest nisko szacowany w wartości punktowej usługi. Największym utrudnieniem zakresie współpracy poszczególnych ośrodków z NFZ są zmieniające się nieustannie warunki współpracy, które destabilizują ustanowione wcześniej ustalenia.

Istnieje konieczność pilnego zwiększenia dostępności do kadry specjalistycznej w zakresie psychologii klinicznej poprzez stworzenie nowych miejsc szkoleniowych.

## **DZIEDZINY FARMACJI**

### **1. mgr Jacek Sypko – farmacja apteczna**

Problem dostępności do leków i materiałów medycznych w małych miejscowościach i na terenach wiejskich w 2011 r. znacznie się zwiększył ponieważ likwidacji uległo kilkanaście punktów aptecznych stanowiących jedynie źródło zaopatrzenia w leki i materiały medyczne na tych terenach. Pomimo to należy uznać, że zabezpieczenie mieszkańców województwa zachodniopomorskiego w środki lecznicze i ochrony zdrowia nie budzi większych zastrzeżeń.

Apteki szpitalne w większości przypadków są prowadzone prawidłowo i zabezpieczenie medyczne zaopatrywanych jednostek służby zdrowia jest na dobrym poziomie. Nadal nierozwiązany jest nieczynna część recepturowa w aptece szpitalnej Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie, zamknięta na wniosek Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego ze względu na nie spełnienie wymogów określonych we właściwych przepisach.

Na terenie województwa funkcjonują obecnie 62 sklepy zielarsko – medyczne dysponujące asortymentem dopuszczonym do obrotu poza aptecznego na podstawie rozporządzeń Ministra Zdrowia.

Ilość farmaceutów w województwie zachodniopomorskim, pomimo bardzo atrakcyjnych w skali kraju warunków pracy, jest nadal niewystarczająca. Powodem takiego stanu jest brak wydziału farmacji w strukturach Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego. Migracja osób z innych województw posiadających takie wydziały nie zabezpiecza wciąż rosnących potrzeb wynikających z otwierania kolejnych aptek

Nadal nierozwiązaną sprawą jest utylizacja przeterminowanych leków narkotycznych, psychotropowych i prekursorów. Zgodnie z przepisami muszą być one niszczone w specjalnych warunkach, a obecnie nie istnieje w województwie żadna jednostka zajmująca się unieszkodliwianiem tego typu substancji.

## **DZIEDZINY PIEŁĘGNIARSKIE**

### **1. mgr Maria Smalec – pielęgniarstwo ogólne**

Obserwuje się wzrost niezadowolenia z pracy w środowisku pielęgniarek i położnych. Sytuacja ta jest wynikiem braku poczucia stabilności i bezpieczeństwa, które powinna gwarantować praca. Powoduje to brak motywacji do jej wykonywania – w dobie ewentualnych przekształceń, szczególnie w małych jednostkach pielęgniarstwa i położne czują się zagrożone zarówno pod względem utraty pracy jak też obniżenia uposażenia. Brakuje możliwości premiowania i wynagradzania personelu spowodowany chronicznym brakiem pieniędzy w jednostkach (zbyt niski poziom finansowania z NFZ). Występują trudności związane ze szkoleniem, szczególnie w zakresie kursów specjalizacyjnych i niektórych kwalifikacyjnych prowadzonych przez ośrodki doskonalenia w miastach akademickich. Koszty związane z opłatą za kurs oraz wyjazdami przekraczają możliwości finansowe pielęgniarek i położnych.

### **2. dr n. med. Dorota Ćwiek – pielęgniarstwo ginekologiczno – położnicze**

W związku z dużą liczbą położnych o stażu pracy powyżej 30 lat i przejściem ich na emeryturę w ciągu najbliższych dwóch – czterech lat, konieczne będzie kształcenie położnych na poziomie 25 – 30 osób rocznie, aby nie doszło do braku położnych na rynku pracy.

Potrzeby zdrowotne w zakresie otwartej opieki zdrowotnej ulegną zwiększeniu. W związku z wejściem w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania oraz procedur opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem. Aktualnie położne POZ wykonywały niewiele świadczeń u ciężarnej, skupiając się na położnicy i noworodku. Przewiduje się więc wzrost liczby świadczeń wobec ciężarnych, co niesie ze sobą większe obciążenie pracą położnych.

Wdrażanie standardów i procedur opieki okołoporodowej w szpitalach odbywa się bardzo powoli. Lekarze boją się dać więcej samodzielności położnym (np. ocena noworodka, dłuższe pozostanie dziecka w kontakcie skóra do skóry). Sporadycznie zdarza się plan porodu. W podstawowej opiece zdrowotnej i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej standardy wdrażane są sprawniej, ale pacjentki ciężarne nie są kierowane do położnej rodzinnej przez osobę sprawującą opiekę (lekarze nie wiedzą, że muszą to robić, bo nie znają standardów, a jak znają, nie chcą tego robić), osoby sprawujące opiekę nie ustalają planu porodu.

### **3. dr n. hum. Bożena Mroczek – pielęgniarstwo rodzinne**

W pielęgniarstwie rodzinnym zgodni z wymaganiami kwalifikacyjnymi największe zapotrzebowanie obserwuje się w zakresie kursu specjalizacyjnego w pielęgniarstwie rodzinnym, w opiece długoterminowej i opiece paliatywnej. Zainteresowanie ukończeniem specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego jest niewielkie. Potrzeby i problemy do rozwiązania, na które zwraca uwagę Konsultant to: rozwój w podmiotach leczniczych bazy komputerowej z dostępem do aktywnych list świadczeniodawców, umożliwienie realizacji świadczeń pielęgniarkom specjalistom w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, zgodnie z ich kompetencjami. Ważne jest stosowanie obowiązującego prawa dotyczącego wykonywania zawodu pielęgniarki w zarządzeniach Prezesa NFZ. Konsultant zwraca uwagę na konieczność przywrócenia osobnej deklaracji do pielęgniarki rodzinnej, ponieważ obecna praktyka podpisywania deklaracji w obecności

lekarza bez wskazania nazwiska pielęgniarki jest nadużyciem, a lekarz nie informuje pielęgniarki o liczbie i wieku świadczeniobiorców.

#### **4. mgr Bożena Prządka – pielęgniarstwo epidemiologiczne**

Liczba aktualnie zatrudnionych specjalistów pielęgniarstwa epidemiologicznego jest niewystarczająca. W najbliższych latach należałoby zatrudnić kolejnych 24 specjalistów.

Pomimo wskazań w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, nadal funkcjonuje w szpitalach, szczególnie powiatowych z liczbą łóżek poniżej 200, łączenie stanowiska pielęgniarki epidemiologicznej z innymi zadaniami. Konieczne są działania zmierzające do uregulowania tego stanu.

#### **5. mgr Marzena Kaczmarek – pielęgniarstwo onkologiczne**

Aktualnie w lecznictwie stacjonarnym i niestacjonarnym zatrudnione są ogółem 323 pielęgniarki. 24 osoby to specjalistki w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, 10 osób posiada kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, 8 osób jest w trakcie specjalizacji. W ocenie Konsultanta w lecznictwie stacjonarnym brakuje około 14 specjalistek w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego i około 30 pielęgniarek z ukończonym kursem w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego.

#### **6. mgr Danuta Grochowska – pielęgniarstwo psychiatryczne**

Aktualne zatrudnienie pielęgniarek w psychiatrycznej opiece zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim jest dalece niewystarczające w porównaniu do zalecanych docelowych wskaźników (zalecenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego). Trudno jednak dokonać jednoznacznej oceny zatrudnienia w opiece psychiatrycznej z uwagi na jednoczesne zatrudnienie w kilku podmiotach leczniczych. Szacuje się, że niedobór w zatrudnieniu pielęgniarek wynosi 197 osób.

Obserwowany jest stały wzrost zachorowalności na choroby psychiczne przy niedostatecznych zasobach instytucjonalnych i osobowych opieki psychiatrycznej. Udział wydatków NFZ na lecznictwo psychiatryczne ledwo przekracza połowę średniej europejskiej. Ta sytuacja wymaga zmian systemowych i dostosowania opieki psychiatrycznej do współczesnych standardów.

#### **7. mgr Beata Mańka – pielęgniarstwo pediatryczne**

Pomimo tego, że liczba aktualnie zatrudnionych specjalistów pielęgniarstwa pediatrycznego jest wystarczająca, to należy zachęcać młode osoby do podejmowania nauki w zwodzie pielęgniarki i zdobywania specjalizacji, co pozwoli uniknąć niebezpieczeństwa pojawienia się luki pokoleniowej.

#### **8. mgr Bożenna Leśniak – pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki**

W Oddziałach Intensywnej Terapii dodatkowo powinni być zatrudnieni fizjoterapeuci, a także psycholog dla pacjentów, rodzin oraz dla personelu (przynajmniej powinien być dostępny codziennie w szpitalu).

Problemami do rozwiązania, na które zwraca uwagę Konsultant są: normy zatrudnienia pielęgniarek w Oddziałach Intensywnej Terapii, kompetencje pielęgniarek w anestezyjologii i intensywnej terapii oraz wypracowanie standardów postępowania w opiece nad chorymi.