

Załącznik
do Uchwały LIII/886/2006
Nr Sejmiku Województwa Łódzkiego
z dnia 28 marca 2006 roku

PROGRAM WOJEWÓDZKI – STRATEGIA POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO NA LATA 2006-2013

CZĘŚĆ I

PRIORYTETOWE CELE I ZADANIA W POLITYCE ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO NA LATA 2006 – 2013

Marzec 2006

WPROWADZENIE

Regionalną politykę zdrowotną w województwie łódzkim przez ostatnie lata i związane z nią kierunki zmian określał przyjęty przez Sejmik Województwa Łódzkiego w czerwcu 2001 roku „Program Polityki Zdrowotnej Województwa Łódzkiego na lata 2001-2005”.

Najważniejszymi założeniami Programu było między innymi:

- zrestrukturyzowanie podstawowej i specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej,
- zrestrukturyzowanie bazy leczenia stacjonarnego wraz z tworzeniem szpitali (zakładów) opieki długoterminowej,
- opracowanie docelowej sieci poziomów referencyjnych szpitali w województwie,
- utworzenie systemu ratownictwa medycznego,
- z informatyzowanie placówek służby zdrowia,
- zapewnienie równomiernego dostępu do świadczeń zdrowotnych dla ogółu ludności województwa,
- inicjowanie, organizowanie i wspieranie programów zwiększających poziom zdrowotności mieszkańców województwa.

Pięć lat funkcjonowania Programu wykazało, że jedynie część założeń udało się zrealizować. Główną przeszkodą we wdrożeniu całości planowanych działań była niemożność prowadzenia spójnej polityki zdrowotnej w regionie, wynikająca z wielości organów założycielskich placówek ochrony zdrowia (samorząd województwa, samorządy powiatowe i gminne, Uniwersytet Medyczny, Minister Zdrowia oraz Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji). Nie bez znaczenia była również zapowiedź Ministra Zdrowia wprowadzenia poziomów referencyjnych placówek leczenia zamkniętego oraz Krajowej Sieci Szpitali. Uznano (teraz wiadomo, że było to przedwczesne), iż standardy procedur medycznych, jak również planowana sieć szpitali uporządkują w sposób naturalny rynek świadczeń leczenia zamkniętego.

Według założeń, w sieci miały się znaleźć przede wszystkim publiczne wysokospecjalistyczne szpitale o znaczeniu ogólnokrajowym. Ich liczba miała uwzględniać geograficzny i zadaniowy charakter dostępności do świadczeń zdrowotnych (wielkość populacji, rozmieszczenie terytorialne, zdefiniowane potrzeby zdrowotne).

Z uwagi na fakt, iż sieć nie powstała, Samorząd Województwa Łódzkiego w „Wojewódzkim Planie Zdrowotnym na rok 2004” przedstawił opracowaną własną koncepcję podziału szpitali z terenu województwa łódzkiego na szpitale o zasięgu regionalnym (placówki wielospecjalistyczne, głównie szpitale wojewódzkie) i powiatowym, które miały świadczyć usługi w zakresie wybranych specjalności. Zaproponowany w „Wojewódzkim Planie Zdrowotnym na rok 2004” podział miał stanowić podstawę organizacji udzielania świadczeń szpitalnych, w tym również w sytuacjach zdarzeń nagłych, klęsk żywiołowych, epidemii lub w razie zaistnienia konieczności czasowego przejęcia zadań innych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Planowane zmiany organizacyjne miały również zapewniać realizację zadań z zakresu państwowego ratownictwa medycznego.

Na skutek protestów starostów oraz pod naciskiem polityków regionalnych „Wojewódzki Plan Zdrowotny na rok 2004” oraz będący jego integralną częścią plan działań operacyjnych

nie został przyjęty. W efekcie nie można było zrealizować w całości zaproponowanej koncepcji zmian. Samorząd Województwa uczynił to jedynie w odniesieniu do podległych mu placówek i tylko w takim zakresie, który można było zrealizować bez ingerowania w kompetencje innych organów założycielskich placówek.

„Program Wojewódzki - Strategia Polityki Zdrowotnej Województwa Łódzkiego na lata 2006-2013”, zwany w dalszej części opracowania „Strategią Polityki Zdrowotnej” jest drugim tego typu dokumentem strategicznym opracowanym przez Samorząd Województwa Łódzkiego w celu określenia priorytetowych celów i kierunków polityki zdrowotnej w regionie łódzkim w kolejnych latach.

Podstawą prawną opracowania niniejszego dokumentu są zapisy art. 11 ust. 3 i art. 18 pkt 2 ustawy o samorządzie województwa z dnia 5 czerwca 1998 roku (t.j. z 2001 roku, Dz. U., Nr 142, poz. 1590 ze zmianami).

Prace nad „Strategią Polityki Zdrowotnej” trwały blisko rok i wymagały, dla określenia właściwych kierunków działań, przeprowadzenia wszechstronnej i szczegółowej diagnozy aktualnej sytuacji demograficznej i epidemiologicznej województwa, stanu zasobów placówek ochrony zdrowia i ich kondycji finansowej oraz oceny zmian zachodzących w ostatnich latach w szeroko rozumianym obszarze ochrony zdrowia w województwie w oparciu o analizy dostępnych wskaźników oraz zgromadzonych danych statystycznych.

Strategia Polityki Zdrowotnej określa cele i kierunki polityki zdrowotnej w podstawowej i specjalistycznej opiece zdrowotnej, lecznictwie zamkniętym, promocji zdrowia i profilaktyce oraz wskazuje propozycje rozwiązań określonych problemów oraz kwestie wymagające naprawy bądź uregulowania w perspektywie kilku najbliższych lat.

Część I „Strategii Polityki Zdrowotnej” opisuje priorytetowe cele i zadania w polityce zdrowotnej województwa łódzkiego na lata 2006 – 2013. Jako główny cel strategiczny „Programu Wojewódzkiego - Strategii Polityki Zdrowotnej Województwa Łódzkiego na lata 2006-2013” wskazano podniesienie stanu zdrowotności mieszkańców województwa łódzkiego poprzez realizację takich celów szczegółowych jak: poprawa jakości usług medycznych, poprawa dostępu do usług medycznych, poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego, promocja zdrowia i zapobieganie chorobom, poprawa funkcjonowania systemu informacji i wiedzy w ochronie zdrowia.

W części II „Strategii Polityki Zdrowotnej” - „Diagnoza do Programu Wojewódzkiego - Strategii Polityki Zdrowotnej Województwa Łódzkiego na lata 2006-2013” składającej się z sześciu załączników, z których każdy poświęcony został odrębnej tematyce, zostały obszernie zaprezentowane szczegółowe analizy statystyczne. To właśnie na ich podstawie autorzy dokumentu określili zakres dotychczas przeprowadzonych zmian restrukturyzacyjnych oraz zaproponowali cele i zadania w polityce zdrowotnej dla województwa łódzkiego na lata 2006-2013.

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

Zjawiskiem charakterystycznym regionu jest starzenie się populacji, wzrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym i spadek liczby osób w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym. Według prognoz demograficznych trend ten utrzyma się w najbliższych dziesięciu latach, co będzie miało niezaprzeczalny wpływ na kształtowanie się struktury zapadalności, chorobowości i umieralności mieszkańców województwa.

W 2004 roku w województwie łódzkim odnotowano najniższy w kraju przyrost naturalny (-3,08/1.000), 22.473 urodzeń żywych i 30.463 zgonów mieszkańców. Województwo charakteryzowało się najwyższym w Polsce współczynnikiem umieralności ogólnej (11,7/1.000 ludności) z wyraźnie zaznaczoną nadumieralnością mężczyzn w niemal wszystkich grupach wiekowych.

Głównymi przyczynami zgonów w 2004 roku były: choroby układu krążenia (46,8% wszystkich zgonów), nowotwory złośliwe (22,3%), zewnętrzne przyczyny zgonów (6,43%), a także choroby układu oddechowego (5,5%) i układu trawiennego (4,4%). Współczynniki umieralności na te choroby lokują województwo łódzkie na ostatnich miejscach w kraju.

Niekorzystną pozycję województwa na tle Polski w 2004 roku potwierdza również wartość współczynnika urodzeń żywych, który wyniósł 8,65/1.000 (13 miejsce w kraju) oraz odsetek noworodków z niską masą urodzeniową 7,22% (ostatnie miejsce).

Korzystnym zjawiskiem było znaczące obniżenie się współczynnika umieralności niemowląt z poziomu 7,03/1.000 do wartości 5,52/1.000.

W 2004 roku przeciętne dalsze trwanie życia w województwie łódzkim wynosiło: dla noworodka płci męskiej 69,1 lat, a dla noworodka płci żeńskiej 78,5 lat. Obie wymienione wartości były niższe niż średnia dla Polski i najniższe w kraju.

W ciągu ostatnich kilku lat obserwowano systematyczny wzrost średniej wieku osób zmarłych, jednakże rok 2004 zburzył tę tendencję. Średnia wieku osób zmarłych w 2004 roku ogółem w województwie wyniosła 68,86 lat, dla mężczyzn 65,49 lat, zaś dla kobiet 72,63 lat.

Ogólna sytuacja epidemiologiczna województwa łódzkiego w zakresie chorób zakaźnych i zatruc nie odbiega w znaczący sposób od sytuacji w kraju, jednakże w przypadku takich chorób jak gruźlica, wzv B i wzv C współczynniki są bardzo wysokie i jedne z najwyższych w kraju. Pod względem zapadalności na krztusiec, świnkę, świerzb i AIDS województwo charakteryzuje się wyższymi współczynnikami, w niektórych przypadkach znacznie, niż średnia dla Polski.

W poradniach specjalistycznych udzielono w 2004 roku 7.118.538 porad z zakresu specjalistycznej opieki ambulatoryjnej i liczba ta od kilku lat systematycznie wzrasta. Najwięcej porad udzielono w poradniach stomatologicznych, ginekologiczno-położniczych, okulistycznych, chirurgicznych ogólnych i ortopedyczno-urazowych. W podstawowej opiece zdrowotnej udzielono 10.483.632 porad, z czego 26,2% dotyczyło porad w poradniach dla dzieci.

Pacjenci stacjonarnych placówek opieki zdrowotnej hospitalizowani byli głównie z powodu: chorób układu krążenia, nowotworów, chorób układu trawiennego, przyczyn okołoporodowych oraz z powodu urazów zatruc i innych czynników zewnętrznych.

Szczegółowe informacje demograficzno-epidemiologiczne oraz analizy z zakresu zachorowalności, chorobowości, umieralności oraz profilaktyki zdrowotnej, jak również dane na temat czynników warunkujących zdrowie, w tym ryzykownych zachowań zdrowotnych i czynników środowiskowych zamieszczone zostały w „Diagnozie do Programu Wojewódzkiego - Strategii Polityki Zdrowotnej Województwa Łódzkiego na lata 2006-2013” - ZAŁĄCZNIK I.

W województwie łódzkim w 2004 roku funkcjonowało 78 jednostek udzielających świadczeń w zakresie leczenia zamkniętego, dysponujących łącznie 17.512 łózkami, na których leczono w ciągu roku 582.426 chorych. W placówkach leczenia zamkniętego zatrudnionych było w tym okresie 6.133 lekarzy oraz 10.761 pielęgniarek.

W zakresie opieki długoterminowej w placówkach opieki zdrowotnej na terenie województwa funkcjonowały 1.183 łóżka opieki długoterminowej. Ponadto, na terenie województwa w 2004 roku działały 72 domy pomocy społecznej dysponujące łącznie 7.177 miejscami. Obszerne dane dotyczące zasobów stacjonarnych placówek ochrony zdrowia w województwie zostały zawarte w ZAŁĄCZNIKU II.

Stopień komputeryzacji placówek ochrony zdrowia w województwie łódzkim można uznać za dalece niezadowalający, a generalnym problemem, jaki pojawia się w tym zakresie jest niewystarczająca ilość nowych inwestycji i nierozwijanie istniejących już w jednostkach systemów informatycznych.

W okresie ostatnich kilku lat nastąpiła pewna poprawa dzięki środkom uzyskanym z Banku Światowego. Zostało wówczas zakupione oprogramowanie obsługujące część medyczną placówek. W pozostałe elementy systemów informatycznych, głównie w zakresie systemów transakcyjnych, zarządzania kadrami oraz finansami, zakłady opieki zdrowotnej musiały zaopatrzyć się ze środków własnych. W chwili obecnej większość placówek posiada już podstawową sieć teleinformatyczną (LAN), jednak wymaga ona uzupełnienia i rozbudowy.

W 2004 roku rozpoczęto również budowę systemu informatycznego „Regionalny System Informacji Medycznej Województwa Łódzkiego (RSIM Łódź)”, którego głównym zadaniem jest usprawnienie obiegu danych w województwie pomiędzy uczestnikami systemu ochrony zdrowia. Województwo łódzkie, jako jedno z nielicznych w Polsce podjęło się zadania budowy platformy wymiany danych elektronicznych w ochronie zdrowia w celu wsparcia narzędziowego i poprawienia jakości prowadzonej polityki zdrowotnej. Budowany system ma za zadanie wspomaganie pracy Samorządu Województwa Łódzkiego jak i innych podmiotów odpowiedzialnych za analizę i planowanie polityki zdrowotnej oraz świadczeniodawców usług medycznych, którzy przystąpią do korzystania z usług przedmiotowego systemu.

Analiza zasobów informatycznych placówek ochrony zdrowia w województwie zamieszczona w „Diagnozie do Programu Wojewódzkiego - Strategii Polityki Zdrowotnej Województwa Łódzkiego na lata 2006-2013” - ZAŁĄCZNIK III.

W wyniku wieloletniego niedofinansowania sektora ochrony zdrowia stan techniczny obiektów oraz aparatury i sprzętu medycznego w wielu zakładach opieki zdrowotnej odbiega od dopuszczalnych norm i wymaga dostosowania pomieszczeń, aparatury i sprzętu do obowiązujących przepisów prawa.

Z analizy danych zgromadzonych z poszczególnych placówek z terenu województwa wynika, iż w latach 2006-2013 wysokość środków finansowych potrzebnych na zrealizowanie potrzeb inwestycyjnych ogółem wynosi 1.280.077.809,51 złotych.

Program Potrzeb Inwestycyjnych w Ochronie Zdrowia na lata 2006-2013 opracowano na podstawie analizy szczegółowych informacji dotyczących planów inwestycyjnych placówek służby zdrowia i wynikających z nich potrzeb zakresie zmian dostosowawczych. Uniwersalny charakter przedstawionego materiału wynika z faktu, iż jest on nie tylko bankiem danych projektów zadań inwestycyjnych, ale stanowi także uporządkowany program działań podporządkowanych celom i wymaganiom, które wynikają z dokumentów o znaczeniu strategicznym dla województwa łódzkiego.

Program Potrzeb Inwestycyjnych w Ochronie Zdrowia na lata 2006-2013 stanowi w „Diagnozie do Programu Wojewódzkiego - Strategii Polityki Zdrowotnej Województwa Łódzkiego na lata 2006-2013” - ZAŁĄCZNIK IV.

Kondycja finansowa zakładów opieki zdrowotnej w województwie łódzkim jest niekorzystna, co jest w głównej mierze spowodowane zbyt niskim poziomem finansowania świadczeń medycznych oraz wadliwym algorytmem podziału środków finansowych stosowanym poprzednio przez kasy chorych oraz Narodowy Fundusz Zdrowia. Obecny, bardziej korzystny algorytm nie jest w stanie wyrównać wieloletnich strat. Większość świadczeń zdrowotnych finansowanych jest nadal na poziomie znacznie odbiegającym od realnie ponoszonych kosztów i określonej średniej dla całego kraju. W latach 1999–2005 nakłady w przeliczeniu na jednego mieszkańca plasowały nasz region na jednym z końcowych miejsc w kraju.

Przychody samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w skali województwa na koniec 2004 roku wyniosły 1.336.925,97 tysięcy złotych, koszty ogółem ukształtowały się na poziomie 1.455.080,92 tysięcy złotych, a łączne zadłużenie placówek w województwie łódzkim osiągnęło wartość 928.736,39 tysięcy złotych. Bilans przedstawionych powyżej jednostek ochrony zdrowia w województwie łódzkim na koniec 2004 roku zamknął się stratą 118.154,95 tysięcy złotych.

Szczegółowe informacje na temat sytuacji finansowej zakładów opieki zdrowotnej w województwie łódzkim w ciągu minionych sześciu lat z uwzględnieniem podziału placówek ze względu na ich organ założycielski zostały zamieszczone w „Diagnozie do Programu Wojewódzkiego - Strategii Polityki Zdrowotnej Województwa Łódzkiego na lata 2006-2013” - ZAŁĄCZNIK V.

Aktualna struktura organizacyjna oraz sytuacja finansowa zakładów opieki zdrowotnej ukształtowała się w efekcie przemian zachodzących w nich od roku, 1999 czyli od czasu wprowadzenia reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce, mającej dostosować jednostkę do sprawnego funkcjonowania w zupełnie nowych warunkach.

W latach 1999-2004 wydatkowano blisko 230 milionów złotych na realizację zadań inwestycyjnych polegających przede wszystkim na zakupach nowego sprzętu i aparatury medycznej oraz modernizacji i termomodernizacji obiektów. W ramach prowadzonych w tym okresie restrukturyzacji podjęto szereg działań zmierzających do likwidacji, ograniczenia działalności, łączenia i przekształceń placówek lub ich komórek organizacyjnych, ale również związanych z tworzeniem nowych jednostek, oddziałów czy jednostek. Równoległe prowadzona była restrukturyzacja zatrudnienia, w wyniku której w latach 1998-2004 w placówkach ochrony zdrowia w województwie odnotowano zmianę zatrudnienia personelu w liczbie 16.656 osób.

Więcej szczegółowych informacji na powyższy temat dostarczy „Diagnoza do Programu Wojewódzkiego - Strategii Polityki Zdrowotnej Województwa Łódzkiego na lata 2006-2013” - ZAŁĄCZNIK VI.

Należy zaznaczyć, iż cele określone w niniejszym dokumencie są zgodne z priorytetami w ochronie zdrowia umieszczonymi w:

- dokumencie programowym regionu – „Strategii Rozwoju Województwa Łódzkiego na lata 2007-2020”, stanowiącym część Narodowego Planu Rozwoju,
- wstępnym ramowym projekcie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006-2015 będącym dokumentem przygotowywanym przez Międzyresortowy Zespół Koordynujący,

- przyjętej przez Radę Ministrów 21 czerwca 2005 roku „Strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007–2013” (dokument towarzyszący realizacji Narodowego Planu Rozwoju na lata 2007-2013).

„Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007–2013” jest dokumentem przygotowanym przez Ministra Zdrowia i jest częścią programu kompleksowego zmodernizowania i rozwoju Polski, zgodnego z priorytetami „Strategii Lizbońskiej” oraz wykorzystania publicznych środków wspólnotowych. Strategia ta, poprzez realizację celów operacyjnych, będzie oddziaływać na zdrowie polskiego społeczeństwa, z uwzględnieniem prognoz demograficznych i epidemiologicznych do roku 2020. Nadrzędnym celem Strategii jest poprawa zdrowia polskiego społeczeństwa jako czynnika rozwoju społeczno-gospodarczego kraju. Osiągnięcie tego celu będzie możliwe dzięki kompleksowej i zintegrowanej realizacji 4 celów strategicznych (zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa, poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, dostosowanie opieki zdrowotnej do dynamiki długookresowych trendów demograficznych, poprawa stanu zdrowia społeczeństwa polskiego w stopniu zmniejszającym dystans istniejący pomiędzy Polską i średnim poziomem stanu zdrowia w Unii Europejskiej) i przyporządkowanym im 16 celom operacyjnym.

Istotne źródło środków finansowych przeznaczonych na realizację celów i kierunków określonych w „Strategii Polityki Zdrowotnej” będą stanowiły fundusze pomocowe Unii Europejskiej.

Zintegrowany Program Operacyjny Rozwoju Regionalnego (ZPORR) na lata 2004-2006 jest jednym z programów operacyjnych, który zostanie wykorzystany do realizacji Narodowego Planu Rozwoju (NPR). Program ten rozwija cele NPR, określając priorytety, kierunki i wysokość środków przeznaczonych na realizację polityki regionalnej państwa, które będą uruchamiane z udziałem funduszy strukturalnych w pierwszym okresie członkostwa Polski w Unii Europejskiej.

Przedstawione w Programie wybory strategiczne są zgodne z kierunkami określonymi w Narodowej Strategii Rozwoju Regionalnego 2001-2006 (NSRR), natomiast zasady wdrażania Programu opierają się na regulacjach funduszy strukturalnych UE oraz na krajowych regulacjach prawnych dotyczących finansów publicznych, pomocy publicznej i podziału odpowiedzialności w prowadzeniu i realizacji polityki regionalnej pomiędzy rządem a samorządami terytorialnymi.

Celem strategicznym Zintegrowanego Programu Operacyjny Rozwoju Regionalnego na lata 2004–2006 jest tworzenie warunków wzrostu konkurencyjności regionów oraz przeciwdziałanie marginalizacji niektórych obszarów w taki sposób, aby sprzyjać długofalowemu rozwojowi gospodarczemu kraju, jego spójności ekonomicznej, społecznej i terytorialnej oraz integracji z Unią Europejską.

Aktualnie trwają prace nad dokumentami na kolejne lata programowania 2007-2013.

W ramach działania 1.3 ZPORR 2004-2006 „Regionalna infrastruktura społeczna” jako główny cel określono podniesienie poziomu życia poprzez poprawę jakości infrastruktury społecznej, w tym infrastruktury ochrony zdrowia. Wsparciem objęte są modernizacja i wyposażanie ośrodków zdrowia i szpitali skierowane na podniesienie jakości służby zdrowia nie zaś zwiększanie tego sektora.

Kolejnymi programami pomocowymi są: Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz Norweski Mechanizm Finansowy. To nowe instrumenty, które umożliwiają Polsce korzystanie z dodatkowych, obok funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności, źródeł bezzwrotnej pomocy zagranicznej.

Dodatkowym źródłem unijnej pomocy finansowej dla służby zdrowia jest również „Wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia publicznego (2003-2008)”, którego głównymi celami są: podniesienie poziomu wiedzy i informacji służących rozwojowi zdrowia, szybka i skoordynowana reakcja na stany zagrożenia zdrowia oraz promocja zdrowia i zapobieganie chorobom poprzez oddziaływanie na determinanty zdrowotne.

CZEŚĆ I

PRIORYTETOWE CELE I ZADANIA W POLITYCE ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO NA LATA 2006 – 2013.

CEL GŁÓWNY PODNIESIENIE STANU ZDROWOTNOŚCI MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO.

Cel szczegółowy I - Poprawa jakości usług medycznych.

- **Zadanie I.1** - Dostosowanie placówek ochrony zdrowia do wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim mają odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.
- **Zadanie I.2** - Termomodernizacja, wymiana nośników energii.
- **Zadanie I.3** - Wprowadzenie systemów jakości w ochronie zdrowia (akredytacja), wprowadzenie standardów związanych ze świadczeniem usług medycznych, certyfikacja procedur.
- **Zadanie I.4** – Stosowanie nowych technologii medycznych (zakup aparatów i urządzeń medycznych).

Cel szczegółowy II – Poprawa dostępu do usług medycznych.

- **Zadanie II.1** – Wzmocnienie roli i znaczenia podstawowej opieki zdrowotnej w systemie świadczeń medycznych.
- **Zadanie II.2** – Racjonalizacja rozmieszczenia placówek ochrony zdrowia (specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne, szpitale lokalne, szpitale regionalne).
- **Zadanie II.3** - Podwojenie liczby miejsc w placówkach opieki długoterminowej.
- **Zadanie II.4** – Zwiększenie bazy leczenia psychiatrycznego.

Cel szczegółowy III - Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego.

- **Zadanie III.1** – Rozbudowa Zintegrowanego Systemu Ratownictwa Medycznego
- **Zadanie III.2** – Utworzenie ośrodka leczenia osób narażonych na broń biologiczną (izolatorium).
- **Zadanie III.3** – Budowa systemu realizacji świadczeń w ramach nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej w oparciu o podstawową opiekę zdrowotną.

Cel szczegółowy IV - Promocja zdrowia i zapobieganie chorobom.

- **Zadanie IV.1** – Kontynuacja Wojewódzkiego Programu Gruźlicy Płuc i Chorób Nowotworowych Układu Oddechowego.

- **Zadanie IV.2** – Wdrożenie i prowadzenie Programu Zdrowotnego Wczesnego Wykrywania Jaskry.
- **Zadanie IV.3** - Wspieranie działań służących promocji zdrowia i profilaktyce chorób oraz inicjatyw wspierających prozdrowotny styl życia.

Cel szczegółowy V - Poprawa funkcjonowania systemu informacji i wiedzy w ochronie zdrowia.

- **Zadanie V.1** - Budowa Regionalnego Systemu Informacji Medycznej (RSIM - Łódź).
- **Zadanie V.2** – Wzrost wykorzystania rozwiązań teleinformatycznych w zakładach opieki zdrowotnej.

SZCZEGÓŁOWA CHARAKTERYSTYKA CELÓW I ZADAŃ

CEL GŁÓWNY PODNIESIENIE STANU ZDROWOTNOŚCI MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO.

Cel szczegółowy I Poprawa jakości usług medycznych.

Jakość świadczonych usług medycznych kształtowana jest przez wiele czynników, wśród których można wskazać między innymi takie jak: stan aparatury i sprzętu medycznego, jego sprawność, wydajność i efektywność działania przy zapewnieniu maksimum bezpieczeństwa dla pacjenta i personelu medycznego, zastosowanie nowoczesnych technologii zgodnych z najnowszą wiedzą medyczną. Nie bez znaczenia w tym zakresie są również warunki lokalowe, dostosowanie pomieszczeń, termomodernizacja budynków. Coraz większego znaczenia nabierają również wprowadzane w placówkach ochrony zdrowia systemy jakości oraz standaryzacja usług i procedur medycznych.

Wstępne wyniki przygotowywanego obecnie raportu na temat stanu aparatury medycznej w publicznych szpitalach województwa łódzkiego wskazują, iż jako dobre lub bardzo dobre zostały ocenione zasoby jedynie, co czwartego szpitala (ocena bardzo dobra – 2 szpitale, ocena dobra – 10 placówek, zadowolająca - 27, niezadowolająca – 6). W związku z tym, że aparatura i sprzęt medyczny są często kilku, kilkunastoletnie wymagają właściwego serwisowania w celu zapewnienia właściwej jakości, sprawnego funkcjonowania i bezpieczeństwa dla pacjenta. Tymczasem nakłady finansowe na serwis są niepokojąco niskie.

Szczególnie niekorzystnie oceniono zaspokojenie potrzeb szpitala i poziom takiej aparatury jak defibrylatory, respiratory czy aparaty do znieczulania ogólnego. Istotnym problemem jest także poziom wyposażenia oddziałów OIOM i bloków operacyjnych (aparatura anestezyjologiczna) do obowiązujących zapisów prawa.

Jak wynika z drugiego z raportów również infrastruktura techniczna publicznych szpitali województwa łódzkiego wymaga podjęcia szerokich działań inwestycyjnych i modernizacyjnych o kompleksowym charakterze. Z przeprowadzonej oceny wynika między innymi, iż tylko w przypadku 3 szpitali ich infrastruktura techniczna spełnia obowiązujące kryteria w ponad 70%. Aż w 21 szpitalach kryteria są aktualnie spełniane na poziomie nie większym niż 40%. Elementami infrastruktury wymagającymi pilnej interwencji są: bloki operacyjne (modernizacja, weryfikacja celowości utrzymania kilku bloków w jednej placówce), sterylizatornie (wybudowanie obiektu spełniającego wymogi rozporządzenia, zlecenie usług na zewnątrz), systemy instalacji gazów medycznych (modernizacja), zasilania w energią elektryczną (modernizacja w zakresie tzw. zasilania dwustronnego szpitala oraz zasilania awaryjnego sal operacyjnych i OIOM) i wodę (rezerwowe źródło zasilania).

Jakość, obok informatyzacji jest obecnie jednym z wiodących trendów w świecie. Wysoka wartość tych parametrów decyduje o powodzeniu również na rynku usług medycznych. Dla wielu menedżerów ochrony zdrowia jakość pracy staje się podstawową wartością, a zdobycie normy ISO istotnym środkiem promocji placówki i dowodem jej wiarygodności. Wprowadzenie systemów jakości (akredytacja), wprowadzenie standardów związanych ze świadczeniem usług medycznych oraz certyfikacja procedur rozumiana jako kompleksowe zarządzanie jakością stają się powoli codziennością w placówkach ochrony zdrowia.

Certyfikaty świadczą o pozycji zakładu oraz przekonują pacjentów do wyboru właśnie tego podmiotu. Stało się to szczególnie istotne po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej i związanych z tym faktem możliwościach wejścia na europejski rynek usług medycznych, gdzie ISO jest bardzo ważnym argumentem dla potencjalnych pacjentów.

W krajach Unii brak norm ISO nie odbiera, co prawda możliwości działania, ale w obliczu silnej konkurencji podmioty bez ISO chcąc się utrzymać na rynku świadczeń zdrowotnych nieustannie muszą zdobywać referencje. Także w Polsce w najbliższych latach posiadanie ISO i certyfikatów znacznie zyska na znaczeniu. Wysoka jakość i powtarzalność procesów wpłynie na poziom świadczonych usług i wzrost konkurencyjności, zyska także na znaczeniu w polskiej instytucji płatnika.

Dobra jakość to zintegrowany system zarządzania poprzez:

- wykonywanie świadczeń medycznych zgodnie z najnowszymi zdobyczami nauk medycznych odnośnie diagnozowania, leczenia i pielęgnacji według określonych standardów,
- zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów oraz pracowników ochrony zdrowia,
- racjonalne zarządzanie zasobami (kadrami, bazą i finansami).

Posiadanie przez placówkę ochrony zdrowia Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością (SZJ) jest niezbędne nie tylko do budowy wiarygodności i zaufania pacjentów poprzez wzrost skuteczności leczenia. Wdrożenie systemu usprawni organizację, pomoże określić kompetencje i zadania pracowników, poprawi konkurencyjność świadczonych usług i wpłynie na zmniejszenie kosztów funkcjonowania placówki.

Efektywność kliniczna jest jedną z podstawowych cech wysokiej jakości ochrony zdrowia. Jakość, wydajność i efektywność medycyny opartej na dowodach naukowych określa właściwy poziom funkcjonowania ochrony zdrowia. Rezultatem działań opartych na medycynie praktycznej obok efektywności i jakości jest również bezpieczeństwo pacjenta.

Pomimo iż diagnostyka i leczenie stają się coraz bardziej skomplikowane i bardziej inwazyjne, to nowe technologie i innowacyjne leki pozwalają, mimo pewnego niebezpieczeństwa popełnienia błędu, leczyć przypadki uznawane kiedyś za nieuleczalne. Obecnie w 35 krajach świata eksperci w dziedzinie oceny technologii medycznych (HTA - Health Technology Assessment) dokonują systematycznej oceny skuteczności i kosztów poszczególnych procedur medycznych. Porównywanie ich efektywności pozwala rządów tych krajów na racjonalne podejmowanie decyzji, co do wielkości finansowania ze środków publicznych ochrony zdrowia w danym państwie. Także i w Polsce procedury, które przynoszą największe korzyści zdrowotne powinny być finansowane w pierwszym rzędzie, a mniej efektywne powinny zostać stopniowo wycofane.

Minister Zdrowia zarządzeniem z dnia 1 września 2005 roku utworzył Agencję Oceny Technologii Medycznych. Agencja będzie przede wszystkim pełniła funkcje opiniodawczo-doradcze dla Ministra Zdrowia, które realizowane będą w szczególności poprzez:

- gromadzenie, udostępnianie i upowszechnianie informacji o ocenach procedur medycznych opracowywanych w Polsce i w innych krajach, ich wynikach, rekomendacjach i metodach ich opracowywania,
- opracowywanie lub weryfikację ocen procedur medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem tych procedur, które są przedmiotem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- opracowywanie rekomendacji dla ministra właściwego do spraw zdrowia dotyczących procedur medycznych.

Istnienie takiego podmiotu powinno w ciągu kilku najbliższych lat doprowadzić do sytuacji, w której decyzje odnośnie finansowania nowej czy starej technologii byłyby podejmowane po dokonaniu oceny ich efektywności i analizy ich ekonomicznych skutków.

Zadanie I.1 Dostosowanie placówek ochrony zdrowia do wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim mają odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.

Od 1 lipca 2005 roku obowiązuje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 roku w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.

Zakłady opieki zdrowotnej, prowadzące działalność w dniu wejścia w życie powyższego przepisu, które nie spełniają wymagań w nim określonych, muszą dostosować swoje pomieszczenia i urządzenia w poniższych terminach:

- do 31 grudnia 2010 roku – w przypadku szpitali i innych zakładów przeznaczonych dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych,
- do 31 grudnia 2008 roku - w przypadku pozostałych zakładów opieki zdrowotnej.

Niespełnienie określonych przepisami wymogów spowoduje, iż placówki nie będą mogły udzielać świadczeń medycznych (nie będą także spełniać kryteriów określanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w toku kontraktowania świadczeń), a w konsekwencji mogą być wykreślane decyzją Wojewody z rejestru zakładów opieki zdrowotnej.

Szacunkowe potrzeby finansowe na realizację tego zadania zgłoszone przez jednostki opieki zdrowotnej z terenu województwa łódzkiego wynoszą 493.151.431 złotych (38,8% zgłoszonych potrzeb finansowych na zadania inwestycyjne).

Zadanie I.2 Termomodernizacja, wymiana nośników energii.

Jest to zadanie, które z jednej strony będzie prowadziło do obniżenia kosztów funkcjonowania placówek opieki zdrowotnej, a z drugiej strony będzie działaniem proekologicznym zmierzającym do zmniejszenia zanieczyszczeń środowiska naturalnego, a tym samym do poprawy stanu zdrowia mieszkańców regionu.

Potrzeby finansowe w zakresie przeprowadzenia planowanych termomodernizacji i wymiany nośników energii w zakładach opieki zdrowotnej szacuje się na poziomie 142.173.701 złotych (11% nakładów na zadania inwestycyjne).

Zadanie I.3 Wprowadzenie systemów jakości w ochronie zdrowia (akredytacja), wprowadzenie standardów związanych ze świadczeniem usług medycznych, certyfikacja procedur.

W Polsce funkcjonują dwa systemy zewnętrznej oceny jakości – akredytacja i certyfikacja (ISO – International Standards Organisation). U podstaw założeń norm ISO jest zapewnienie sprawnego, właściwego zarządzania, zaś program akredytacji (ocena bezpieczeństwa świadczonych usług) odnosi się do systematycznej oceny zakładu opieki zdrowotnej w oparciu o standardy.

Z wprowadzeniem systemów jakości ISO 9000 i 9001 w zakładzie opieki zdrowotnej równolegle powinny zostać wdrożone systemy bezpieczeństwa i higieny pracy oraz systemy zarządzania informacją. Obecnie w kraju niewiele jest jednak firm doradczych, które posiadają wiedzę na temat wszystkich aspektów funkcjonowania placówki medycznej (diagnostyka, terapia i jej skutki, sprzęt i aparatura medyczna, dokumentacja medyczna, obieg informacji, finansowanie świadczeń itp.), niezbędną do zbudowania Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością. Dokonując wyboru firmy certyfikującej nie można opierać się wyłącznie na cenie, bardziej istotne są kryteria związane z rozpoznawalnością certyfikatu (w kraju i za granicą), czy chociażby dostępność usług certyfikujących (sieć biur na terenie kraju).

Budowa systemu zapewnienia jakości wymaga od jednostki wykonania aktualnej analizy sytuacji (stanu wyjściowego), przeprowadzenia szkoleń i przygotowania zasobów oraz stworzenia kilkuletniego planu działań.

Z polityką jakości związane są również takie zjawiska jak: np. systematyczne kształcenie personelu, upowszechnienie tak zwanych „dobrych praktyk organizacyjnych”, redukcja kosztów, konkurencyjność.

Jak wynika z przeprowadzonej analizy planów inwestycyjnych placówek z terenu województwa łódzkiego, potrzeba podnoszenia jakości usług poprzez wdrażanie standardów jest doceniana głównie przez kadrę zarządzającą dużych placówek. Szacunkowe nakłady potrzebne na wprowadzanie systemów jakości w placówkach opieki zdrowotnej w latach 2006-2013 wynoszą 32.554.300 złotych (2,6% zgłoszonych potrzeb inwestycyjnych).

Zadanie I.4 Stosowanie nowych technologii medycznych (zakup aparatów i urządzeń medycznych).

Powszechnie przyjmuje się, że czas "życia" urządzeń medycznych wynosi około 8 lat. Jest to okres, po którym nieomal na pewno pojawiają się nowe modele urządzeń. Ponadto, czynnikiem wymuszającym wymianę urządzeń jest dostępność do części zamiennych (producenci, zobowiązani są zwykle do zapewnienia dostępu do części zamiennych przez okres 10 - 12 lat od daty wygaszenia produkcji). W wielu przypadkach, przy starszych urządzeniach koszt części zamiennych i koszt wykonania stosunkowo prostej naprawy może być porównywalny z ceną nowego urządzenia.

Za optymalny, przyjęto następujący udział procentowy liczby urządzeń medycznych w grupach wiekowych: 30% - urządzenia w wieku do 3 lat, 40% - urządzenia w wieku 4 – 8 lat, 20% - urządzenia w wieku 9 – 11 lat, 10% - urządzenia w wieku 12 lat i więcej.

Taki rozkład wieku urządzeń użytkowanych w szpitalu wydaje się oddawać potrzebę systematycznego, odpowiednio intensywnego inwestowania w nowe technologie medyczne. Jednocześnie nie forsuje on zbyt szybkiej wymiany urządzeń w funkcji ich wieku.

Najbardziej newralgicznym sprzętem i aparaturą będącą w dyspozycji zakładów opieki zdrowotnej jest ta, która do właściwego badania, diagnozowania i leczenia pacjentów wykorzystuje promieniowanie jonizujące. W badaniach diagnostycznych rentgenowskich oraz z zakresu medycyny nuklearnej ogranicza się efektywne dawki promieniowania do możliwie najniższego poziomu. Optymalizacja ochrony radiologicznej dotyczy oczywiście nie tylko pacjentów, ale i pracowników ochrony zdrowia wykonujących badania z użyciem promieniowania jonizującego.

Zgodnie z zapisami Rozporządzenia z dnia 25 sierpnia 2005 roku w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej jednostki ochrony zdrowia stosujące promieniowanie jonizujące muszą:

- wdrożyć system zarządzania jakością w radioterapii, medycynie nuklearnej, rentgenodiagnostyce oraz radiologii zabiegowej nie później niż do dnia 31 grudnia 2006 roku,
- wdrożyć kliniczny audyt wewnętrzny nie później niż do dnia 31 grudnia 2006 roku,
- poddać się klinicznemu audytowi zewnętrznemu nie później niż do dnia 31 grudnia 2009 roku.

Potrzeby finansowe w zakresie rozpowszechniania nowych technologii medycznych w zakładach opieki zdrowotnej wynoszą ogółem 434.010.843 złotych (34,2% środków ogółem).

Cel szczegółowy II Poprawa dostępu do usług medycznych.

Nie ma na świecie kraju, który byłby w stanie zapewnić swoim obywatelom swobodny dostęp do wszystkich zdobyczy nowoczesnej medycyny. Zawsze, bowiem istnieje rozdźwięk pomiędzy możliwościami finansowania świadczeń zdrowotnych a potrzebami rosnącymi wraz z rozwojem nowych technologii medycznych.

W Polsce mimo trudnej sytuacji budżetowej (wydatki ze środków publicznych na ochronę zdrowia wynoszą 3,87% PKB) pacjenci oczekują wysokiej jakości opieki medycznej oraz swobodnego dostępu do świadczeń. Pogodzenie oczekiwań z możliwościami ich realizacji jest jednak szczególnie trudne.

Osiągnięcie takiego stanu jest możliwe jedynie pod warunkiem nadania podstawowej opiece zdrowotnej rzeczywistego priorytetu oraz zmiany zasad jej finansowania.

Niezbędna jest również racjonalizacja rozmieszczenia placówek ochrony zdrowia pod względem zakresu świadczeń w nich udzielanych w taki sposób, aby z jednej strony zapewnić mieszkańcom dostęp do wysokiej jakości świadczeń diagnostycznych, leczniczych i terapeutycznych, a z drugiej uwzględnić możliwości placówek opieki zdrowotnej na danym terenie, ich zaplecze sprzętowe oraz posiadane zasoby ludzkie.

Szczególne uwagę należy zwrócić również na utrudniony w chwili obecnej dostęp pacjentów do placówek udzielających świadczeń z zakresu opieki długoterminowej i leczenia psychiatrycznego, zarówno w ramach ambulatoryjnej jak i stacjonarnej opieki medycznej.

Zarówno struktura demograficzna mieszkańców województwa łódzkiego oraz dramatyczna sytuacja epidemiologiczna wskazują na olbrzymie potrzeby zdrowotne mieszkańców regionu w zakresie opieki nad osobami starszymi, przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi. Starzenie się populacji jest charakterystycznym zjawiskiem demograficznym – epidemiologicznym regionu łódzkiego. Zwiększająca się stale liczba osób w wieku poprodukcyjnym w istotny sposób wpływa na kształtowanie się zachorowalności i chorobowości, zwłaszcza na choroby przewlekłe, choroby układu krążenia, nowotwory, schorzenia układu oddechowego, pokarmowego i schorzenia narządu ruchu. W 2003 roku osoby w wieku poprodukcyjnym stanowiły 17,1% ogółu mieszkańców województwa, według prognoz GUS w 2030 roku mają już stanowić 28,7 % mieszkańców.

Sytuację zdrowotną województwa i związane z tym potrzeby w zakresie opieki długoterminowej i paliatywnej obrazuje również informacja dotycząca zgonów według przyczyn. W 2001 roku, w głównych grupach zgonów (choroby układu krążenia, nowotwory, choroby układu oddechowego, trawiennego, zaburzenia psychiczne i choroby układu nerwowego) województwo łódzkie znajdowało się na ostatnim miejscu w kraju (GUS). Dane uzyskane z Wojewódzkiego Urzędu Statystycznego za rok 2002 wskazują, iż współczynniki zgonów w tych grupach były w regionie nadal bardzo wysokie, a wskaźnik zgonów z powodu chorób nowotworowych jeszcze wzrósł i wynosił 266,8/ 100.000 ludności.

Aktualnie, pacjenci przewlekle chorzy, z ograniczoną zdolnością do samodzielnego poruszania się i niewymagający szpitalnej rehabilitacji, nie są kwalifikowani do opieki szpitalnej i wypisywani do domu. Dotyczy to dużej liczby pacjentów ze znacznym ograniczeniem zdolności do samodzielnej opieki i pielęgnacji.

Zadanie II.1 Wzmocnienie roli i znaczenia podstawowej opieki zdrowotnej w systemie świadczeń medycznych.

Rozwiązanie dotychczas funkcjonujące doprowadziło do przerzucenia opieki nad pacjentem na oddziały szpitalne, czego dowodem jest wzrost hospitalizacji w latach 1999–2004 o 16,2% i permanentny brak wolnych łóżek, w szczególności w oddziałach zachowawczych. Dobrze funkcjonujący system podstawowej opieki zdrowotnej (łatwo dostępny, skuteczny i odpowiadający potrzebom danej społeczności) umożliwi właściwe prowadzenie pacjentów,

co z kolei odbuduje poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego i przyczyni się do racjonalizacji bazy lecznictwa zamkniętego.

Największą szansę realizacji tych celów daje powrót do medycyny środowiskowej w postaci instytucji lekarza pierwszego kontaktu (lekarza rodzinnego), współpracującego ściśle z pielęgniarką środowiskową/rodzinną, położną środowiskową/rodzinną, pielęgniarką w środowisku nauczania i wychowania, higienistką szkolną.

Dla sprawnego funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej liczba podopiecznych lekarza rodzinnego nie powinna przekroczyć 1.500 osób w środowisku miejskim i 1.000 na wsi, lekarza pediatry nie powinna być wyższa niż 1.500 podopiecznych. Pielęgniarka środowiskowa nie powinna sprawować opieki nad populacją większą niż 1.000 osób w środowisku wiejskim i 1.500 w środowisku miejskim. Liczba kobiet oraz noworodków i niemowląt do 2 miesiąca życia, przypadających na jedną położną środowiskową powinna wynosić do 3.000 na terenach wiejskich i do 5.000 w mieście. Przy określaniu liczby uczniów na jedną pielęgniarkę szkolną/higienistkę należy stosować „Standardy w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej” określone przez Zakład Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie.

Ze względu na niski poziom wykonania profilaktycznych badań lekarskich należy przywrócić obowiązek sprawowania przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej opieki nad populacją dzieci i młodzieży przede wszystkim w zakresie wykonywania badań bilansowych.

W celu wzmocnienia roli i prestiżu pracowników ochrony zdrowia zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej należy egzekwować wykonywanie przez nich wszystkich zadań zgodnie z nadanymi im kompetencjami, opracować i wdrożyć standardowe procedury diagnostyczno – terapeutyczne oraz pielęgnacyjne w postępowaniu z chorymi oraz doposażyć gabinety podstawowej opieki zdrowotnej w nowoczesny, odpowiadający zadaniom sprzęt i aparaturę medyczną.

Środki finansowe przekazywane lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia powinny zawierać wyodrębnioną pulę na diagnostykę i konsultacje specjalistyczne, co umożliwi sprawowanie opieki medycznej nad podopiecznymi w szerszym zakresie. Wyodrębnione środki powinny być rozliczane kwartalnie, a niewykorzystane zwracane do płatnika. Taki mechanizm wyeliminuje nieuzasadnione kierowanie pacjentów do lecznictwa zamkniętego, często tylko w celu wykonania badań.

Do prowadzenia analizy jakości i rodzaju świadczeń realizowanych w podstawowej opiece zdrowotnej konieczne jest wprowadzenie kompatybilnych systemów informacyjnych (rejestracja i analiza danych). System powinien zostać oparty na międzynarodowej kwalifikacji i, ze względów bezpieczeństwa, na kodach. Dostęp do danych powinni posiadać konsultanci wojewódzcy: konsultant do spraw chorób wewnętrznych i konsultant do spraw medycyny rodzinnej oraz (na określonych poziomach) osoby uprawnione, reprezentujące płatnika świadczeń odpowiedzialnego za ich jakość.

Świadczenia wykonywane w podstawowej opiece zdrowotnej powinny podlegać okresowej kontroli (Narodowy Fundusz Zdrowia, właściwi konsultanci wojewódzcy). Dokonanie obiektywnej oceny jakości świadczeń udzielanych w podstawowej opiece zdrowotnej można oprzeć na wybranych wskaźnikach jak np. wskaźnik hospitalizacji, konsultacji specjalistycznych, udzielania pomocy w zakresie nocnej świątecznej pomocy lekarskiej (w tym wyjazdowej), wskaźniki zachorowalności i chorobowości oraz realizacji programów profilaktycznych. W momencie stwierdzenia uchybień, kontrolujący powinien wskazać

na nieprawidłowości i odnieść je do kontraktu zawartego z płatnikiem świadczeń. W przypadku zaniedbań, które naraziły pacjenta na utratę zdrowia lub życia, powinien powiadomić Okręgową Izbę Lekarską.

Tak zdefiniowana podstawowa opieka zdrowotna przyczyni się do poprawy efektywności działań w zakresie zapobiegania chorobom, rehabilitacji a także promocji zdrowia.

Zadanie II.2 Racjonalizacja rozmieszczenia placówek ochrony zdrowia (specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne, szpitale lokalne, szpitale podregionalne i wojewódzkie).

Zapewnienie wysokiej jakości specjalistycznej ambulatoryjnej opieki medycznej, realizowanej w systemie otwartym możliwe jest jedynie wtedy, gdy prowadzące usługi medyczne w tym zakresie zakłady opieki zdrowotnej, dysponują odpowiednio kwalifikowaną kadrą oraz zapleczem diagnostycznym zapewniającym ciągłość leczenia.

W celu zapewnienia wysokiej jakości świadczonych w tym zakresie usług oraz mając na uwadze bardzo wysokie koszty zakupu odpowiednich technologii medycznych należy zintegrować funkcjonalnie opiekę ambulatoryjną (tak publiczną jak i realizowaną w gabinetach prywatnych) z bazą szpitali specjalistycznych. Jest to szczególnie niezbędne w dziedzinach zabiegowych oraz wysokospecjalistycznych wymagających zastosowania nowoczesnych technologii. Zagwarantuje to każdemu pacjentowi bezpieczeństwo i ułatwi korzystanie z najnowszych osiągnięć wiedzy medycznej.

Wskazane jest również zintegrowanie (obejmujące ścisłą współpracę) świadczeń medycznych realizowanych w gabinetach specjalistycznych z podstawową opieką zdrowotną. Dotyczy to między innymi świadczeń z zakresu dermatologii, laryngologii (możliwe także stopniowe łączenie poradni audiologicznych i foniatrycznych w jednostki audiologiczno-foniatryczne), okulistyki, psychiatrii i leczenia uzależnień oraz rehabilitacji.

Jedną z najistotniejszych kwestii jest poprawa dostępności do specjalistycznych ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Warunkiem poprawy występującej obecnie niekorzystnej sytuacji w tym zakresie jest zmiana przez Narodowy Fundusz Zdrowia struktury finansowania tych świadczeń oraz określenie rodzaju specjalistów dostępnych dla populacji na poziomie powiatu oraz podregionu. Wdrożenie zaproponowanego modelu organizacji udzielania specjalistycznych świadczeń na obszarze województwa łódzkiego wymaga wszechstronnych ustaleń pomiędzy konsultantami wojewódzkimi a Narodowym Funduszem Zdrowia.

Na poziomie powiatu minimalny poziom zabezpieczenia świadczeń ambulatoryjnych powinien obejmować:

- internę,
- chirurgię ogólną
- neurologię,
- okulistykę,
- laryngologię,
- ginekologię i położnictwo,
- pediatrię,

- psychiatrię z uwzględnieniem leczenia uzależnień,
- rehabilitację,
- kardiologię w podstawowym zakresie.
- dermatologię,
- ortopedię,

Na poziomie podregionu powinny być dostępne świadczenia w takich specjalnościach jak:

- chirurgia stomatologiczna,
- pulmonologia,
- reumatologia,
- urologia,
- onkologia,
- nefrologia,
- endokrynologia,
- gastroenterologia,
- patologia ciąży,
- specjalistyka dziecięca.

Na poziomie województwa świadczenia powinny być realizowane w oparciu o zasoby zakładów opieki zdrowotnej zlokalizowanych w aglomeracji łódzkiej. Zakres świadczeń powinien obejmować wysokospecjalistyczne procedury medyczne w dziedzinach:

- hematologii,
- chirurgii naczyniowej,
- angiologii,
- immunologii,
- badań genetycznych,
- chorób metabolicznych,
- leczenia bólu,
- chirurgii plastycznej,
- innych wysokospecjalistycznych procedur.

W dotychczasowych dokumentach strategicznych Samorządu Województwa Łódzkiego w zakresie ochrony zdrowia wskazano ogólne trendy charakteryzujące leczenie zamknięte regionu łódzkiego, jak również zjawiska wymagające reorganizacji bazy łóżkowej lub zmiany wielkości kontraktów w określonych specjalnościach, co z kolei wiązało się z koniecznością likwidacji, bądź przekształcenia łóżek w oddziałach, które nie wykorzystują w pełni swojego potencjału, w łóżka o specjalnościach deficytowych. Te ambitne cele zostały zrealizowane tylko w niewielkim stopniu.

Podstawową przeszkodą we wdrożeniu zmian okazała się niechęć środowiska oraz brak współpracy organów założycielskich zakładów opieki zdrowotnej. Nie bez znaczenia był również brak stanowiska Narodowego Funduszu Zdrowia odnośnie organizacji świadczeń zdrowotnych w województwie.

Z kilkuletniej obserwacji działalności oddziałów szpitalnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa łódzkiego oraz danych dotyczących sytuacji demograficznej w zakresie starzenia się społeczeństwa można wskazać specjalności wymagające szybkiej interwencji.

Jak wynika z analizy danych dotyczących zasobów lecznictwa zamkniętego nie ma konieczności redukcji łóżek szpitalnych. Niezbędna jest jednak zamiana ich profilu.

Obserwuje się nadmiar łóżek krótkoterminowych w takich dziedzinach jak: laryngologia, okulistyka, urologia, ginekologia i położnictwo. W najbliższych latach należy zwiększyć liczbę łóżek internistycznych ogólnych (w aglomeracji łódzkiej), internistycznych o profilu diabetologicznym i endokrynologicznym, łóżek opieki długoterminowej i rehabilitacyjnych, łóżek psychiatrii dziecięcej, łóżek leczenia uzależnień (także w postaci oddziałów dziennych), łóżek geriatrycznych.

W specjalnościach, w których występuje największy odsetek zgonów wśród leczonych osób należy w znacznym stopniu zwiększyć wartości kontraktów oraz przeznaczyć znaczące kwoty na zakup nowych urządzeń i technologii medycznych (choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, urazy i wypadki).

Wśród planowanych zmian w obszarze lecznictwa zamkniętego najistotniejsze będą:





- podział placówek lecznictwa zamkniętego na szpitale o zasięgu lokalnym, podregionalnym i wojewódzkim,
- stopniowe przenoszenie łóżek w specjalnościach wskazanych do funkcjonowania w szpitalach o zasięgu podregionalnym, a znajdujących się obecnie w szpitalach lokalnych i utworzenie w ich miejsce łóżek opieki długoterminowej i rehabilitacyjnych,
- profilowanie szpitali - koncentracja oddziałów zabiegowych; zamiany oddziałów pomiędzy szpitalami lokalnymi znajdującymi się w niewielkiej odległości tak, aby jeden z nich stał się szpitalem zabiegowym, a drugi zachowawczym,
- kontraktowanie, w szpitalach zachowawczych w oparciu o rozbudowaną działalność ambulatoryjną krótkoterminowych procedur zabiegowych niezbędnych do zabezpieczenia podstawowych potrzeb zdrowotnych mieszkańców w takich specjalnościach, jak chirurgia ogólna i położnictwo,
- tworzenie oddziałów hospitalizacji dziennej,
- włączanie małych oddziałów (poniżej 20 łóżek) w strukturę innych oddziałów; dotyczyć to powinno oddziałów, realizujących uzupełniające się profile świadczeń medycznych,
- zwiększenie liczby łóżek przeznaczonych dla pacjentów poddawanych radioterapii i chemioterapii oraz utworzenie pododdziału pobytu dziennego zabezpieczającego infuzje immunoglobulin,
- uruchomienie w latach 2007 – 2008 części szpitalnej Centrum Kliniczno – Dydaktycznego Uniwersytetu Medycznego (328 łóżek) w klinikach: chirurgii transplantacyjnej, ortopedii, endokrynologii, dermatologii, pulmonologii i alergologii, neurologii, diabetologii i chorób metabolicznych, gastrologii i chorób przewodu pokarmowego, nefrologii, propedeutyki chorób wewnętrznych, chorób wewnętrznych i farmakologii klinicznej oraz w oddziale dializ i intensywnej opieki medycznej.

Analogicznie jak w przypadku świadczeń specjalistycznej ambulatoryjnej opieki medycznej świadczenia lecznictwa zamkniętego powinny zostać podzielone ze względu na zakres i obszar udzielanych świadczeń.

Proponuje się, aby zakres świadczeń lecznictwa zamkniętego został podzielony na specjalności według obszaru ich udzielania:

- świadczenia na poziomie lokalnym – udzielane na obszarze powiatu,
- świadczenia na poziomie podregionalnym - udzielane na obszarze podregionów (kilku powiatów),
- świadczenia na poziomie wojewódzkim – udzielane w Łodzi przez szpitale uniwersyteckie i kliniki funkcjonujące na bazie obcej Instytut Medycyny Pracy (m.in. w zakresie toksykologii klinicznej), Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki, Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. Dr Wł. Biegańskiego (w zakresie chorób zakaźnych), Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji (w zakresie chorób płuc), Wojewódzkie Centrum Ortopedii i Rehabilitacji Narządu Ruchu im. Z. Radlińskiego w Łodzi (w zakresie ortopedii).

Zmiany zaproponowano w oparciu o podpisane w dniu 1 września 2003 roku porozumienia o utworzeniu czterech podregionów, bazujących na historycznych i funkcjonalnych związkach. Stosowne porozumienia podpisał Marszałek Województwa Łódzkiego z reprezentantami tych przedstawicielstw. Przyjęta struktura została przedstawiona na poniższej mapie.

-  Podregion centralny
-  Podregion północny
-  Podregion wschodni
-  Podregion zachodni



W obecnej chwili placówkami w największym stopniu przygotowanymi do pełnienia roli szpitali podregionalnych są:

- w podregionie centralnym (z wyłączeniem miasta Łodzi) - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Marii Skłodowskiej – Curie w Zgierzu, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Pabianicach,
- w podregionie północnym – Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kutnie, Wojewódzki Szpital Zespolony w Skierniewicach, Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łęczycy,
- w podregionie zachodnim – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wieluniu, Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łasku,
- w podregionie wschodnim – Szpital Powiatowy w Radomsku, Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie, Samodzielny Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim i Szpital Rejonowy SP ZOZ w Tomaszowie Mazowieckim.

Szpital o charakterze lokalnym (w zależności od charakteru – zabiegowy czy zachowawczy) powinny posiadać oddziały podstawowe, takie jak:

- chorób wewnętrznych,
- chirurgiczno – ogólny,
- ginekologiczno – położniczy,
- pediatryczny,
- anestezjologii i intensywnej terapii,
- medycyny paliatywnej,
- rehabilitacji,
- psychiatryczny (leczenia uzależnień).
- oraz hospicja, zakłady opiekuńczo – lecznicze oraz pielęgnacyjno –opiekuńcze.

Szpital o charakterze podregionalnym oprócz świadczeń podstawowych powinny również zapewniać dostęp do opieki i diagnostyki specjalistycznej w następujących dziedzinach:

- geriatrii,
- diabetologii,
- endokrynologii,
- gastroenterologii,
- neurologii,
- neurochirurgii,
- kardiologii,
- dializoterapii,
- chemioterapii,
- chirurgii urazowo – ortopedycznej,
- urologii,

- laryngologii,
- okulistyki,
- medycynie ratunkowej.

Dostęp do pozostałych wysokospecjalistycznych procedur terapeutycznych zapewnić powinny szpitale poziomu wojewódzkiego.

Specjalności na poziomie wojewódzkim zostały wskazane w oparciu o ocenę potrzeb zdrowotnych w regionie wynikających z sytuacji epidemiologicznej, a także na podstawie analizy intensywności wykorzystania łóżek w danych specjalnościach.

W województwie łódzkim nie ma żadnego oddziału geriatrycznego, który służyłby leczeniu ostrych stanów chorobowych u osób starszych. W związku z aktualną tendencją demograficzną (szacuje się, iż udział osób wieku poprodukcyjnym w populacji województwa wzrośnie do 28,7% w 2030 roku, a województwo będzie wyróżniało się największym po województwie śląskim stopniem zaawansowania procesu starzenia się ludności), istnieje pilna potrzeba utworzenia przynajmniej po jednym oddziale geriatrycznym w każdym z podregionów.

Równie niekorzystnie przedstawia się sytuacja dostępu do leczenia zamkniętego w zakresie diabetologii i endokrynologii. Jedyne łóżka o profilu diabetologicznym umiejscowione poza placówkami łódzkimi funkcjonują w oddziale diabetologicznym i chorób wewnętrznych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Zdrowotnym im. Prymasa Kardynała Wyszyńskiego w Sieradzu w podregionie zachodnim. W zakresie endokrynologii jedyne łóżka poza Łodzią znajdują się tylko w podregionie północnym w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Kutnie. W pozostałych podregionach ze względu na brak tego typu świadczeń należałoby utworzyć łóżka diabetologiczne i endokrynologiczne.

W odniesieniu do łóżek gastroenterologicznych postuluje się ich utworzenie w podregionie zachodnim, gdzie nie ma łóżek o tym profilu.

W zakresie neurologii należy zwiększyć bazę łóżek w podregionie północnym, poprzez utworzenie dodatkowego oddziału (wschodnie powiaty w tym podregionie nie mają dostępu do neurologii). W podregionie powinien powstać także oddział neurochirurgii.

W odniesieniu do łóżek kardiologicznych, jedynie w podregionie centralnym jest zbyt niski wskaźnik łóżek, jednak z uwagi na dobrze rozbudowaną bazę leczenia kardiologicznego w Łodzi nie ma potrzeby tworzenia nowych łóżek o tym profilu.

Potrzeby w zakresie dializoterapii dla mieszkańców poszczególnych podregionów są zabezpieczone na poziomie wystarczającym.

Wskazana byłaby poprawa dostępności do świadczeń z zakresu chemioterapii poprzez utworzenie w każdym z podregionów, z wyjątkiem centralnego, łóżek o tym profilu.

W zakresie chirurgii urazowo – ortopedycznej liczba łóżek w poszczególnych podregionach jest optymalna. Zmiany wymaga jedynie ich alokacja w podregionie wschodnim i centralnym odpowiednio do stopnia wykorzystania.

W odniesieniu do urologii liczba łóżek tej specjalności w całym województwie powinna ulec redukcji poprzez przeprofilowanie ich na łóżka w specjalnościach deficytowych. Wykorzystanie zasobów tego profilu dla województwa kształtuje się na poziomie 59%.

Analogiczna sytuacja występuje w zakresie laryngologii i okulistyki. Ogólny poziom tych łóżek w województwie jest zbyt duży, co nie pozwala na ich efektywne wykorzystanie. Wskaźnik wykorzystania łóżek laryngologicznych wynosi dla województwa 51,5%, dla łóżek okulistycznych 46,2%. W związku z tym należałoby doprowadzić do zmniejszenia bazy

łóżkowej tych specjalności przez przekształcenie nadwyżki łóżek tego typu w łóżka specjalności deficytowych.

Znaczne ograniczenia w finansowaniu świadczeń stomatologicznych przez system ubezpieczenia zdrowotnego oraz likwidacja szkolnych gabinetów stomatologicznych spowodowały znaczne pogorszenie stanu zdrowia jamy ustnej w całej populacji.

W celu poprawy sytuacji w tym zakresie samorządy lokalne mogłyby podejmować działania zmierzające do zorganizowania dostępu do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki stomatologicznej dzieci i młodzieży oraz emerytów i rencistów o najniższych dochodach (np. poprzez programu zdrowotne). Korzystnym rozwiązaniem byłoby doprowadzenie do powrotu gabinetów stomatologicznych do szkół, co w zdecydowany sposób usprawniłoby opiekę stomatologiczną nad najmłodszymi mieszkańcami województwa.

Istotne jest również dążenie do wprowadzenia ściśle określonego koszyka bezpłatnych świadczeń stomatologicznych dla osób w wieku produkcyjnym, gdyż dla wielu z nich korzystanie z prywatnych usług stomatologicznych jest z powodu ubóstwa niemożliwe.

Działaniem uzupełniającym powinno być zapewnienie dofinansowania odpłatnych usług stomatologicznych z funduszy pomocy społecznej (z uwzględnieniem poziomu dochodów pacjenta).

Ponadto, konieczne jest intensyfikowanie działań z zakresu profilaktyki stomatologicznej, głównie w środowisku dzieci i młodzieży. Działania te powinny być realizowane poprzez współpracę personelu medycznego zatrudnionego w medycynie szkolnej z władzami oświatowymi oraz ze sponsorami.

Przy planowaniu rozmieszczenia praktyk stomatologicznych należy dążyć do osiągnięcia wskaźnika około 3 lekarzy dentyistów na 10.000 mieszkańców.

Zadanie II.3 Podwojenie liczby miejsc w placówkach opieki długoterminowej.

Dostosowanie struktur lecznictwa zamkniętego i proponowanej oferty świadczeń do aktualnych potrzeb zdrowotnych jest nadrzędnym zadaniem osób odpowiedzialnych za ochronę zdrowia i kreowanie polityki zdrowotnej.

Zmiany zasad finansowania lecznictwa zamkniętego spowodowały maksymalne skrócenie czasu pobytu pacjentów w oddziałach szpitalnych i hospitalizowanie z przyczyn społecznych chorych wymagających tylko pielęgnacji nie jest możliwe. Dodatkowo trzeba zaznaczyć, że typowe oddziały szpitalne z uwagi na małą liczbę pielęgniarek oraz brak wyposażenia w sprzęt pielęgnacyjny i wspomagający osoby niepełnosprawne, nie są przygotowane do hospitalizowania chorych wymagających tylko stałej, profesjonalnej pielęgnacji i opieki.

Z analizy zasobów lecznictwa zamkniętego wynika, że w województwie łódzkim na dzień 15 maja 2005 roku funkcjonowało 1.290 łóżek opieki długoterminowej (w oddziałach opieki długoterminowej i dla przewlekle chorych 246 łóżek, oddziałach opieki paliatywnej 80 łóżek, w zakładach opiekuńczo – leczniczych 815 łóżek, w zakładach opiekuńczo – leczniczych psychiatrycznych 35 łóżek, w zakładach pielęgnacyjno – opiekuńczych 114) - wskaźnik średni dla województwa wynosi 4,6/10.000 tysięcy mieszkańców (w Łodzi - 4,67, w województwie 5,09). Tymczasem w krajach Unii Europejskiej wskaźnik łóżek opieki długoterminowej znacznie przekracza wskaźnik dla łóżek krótkoterminowych, a w niektórych krajach jest nawet dwukrotnie wyższy.

Zgodnie ze wskaźnikami Światowej Organizacji Zdrowia i przyjętym w 1996 roku przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej „Programem rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej” w Polsce, tylko w stacjonarnej opiece paliatywnej na 100.000 ludności należy zapewnić 5 łóżek (1 łóżko na 20.000 mieszkańców). W województwie łódzkim liczącym 2.597.094 mieszkańców (stan na 31 grudnia 2003 roku) powinno, więc obecnie funkcjonować 130 łóżek o tym profilu, a tymczasem są 72 łóżka.

Istniejące zasoby łóżek w opiece długoterminowej są dalece niezadowalające i powinny być co najmniej podwojone (planowana liczba łóżek – 2.600). W okresie najbliższych lat niezbędne jest uruchomienie nowych placówek opiekuńczo - leczniczych, oddziałów opieki paliatywnej (w tym oddziałów apalicznych), hospicyjnej oraz zakładów pielęgnacyjno – opiekuńczych, głównie na potrzeby aglomeracji łódzkiej, gdzie czas oczekiwania na przyjęcie do placówek jest najdłuższy.

Sytuację może poprawić również utworzenie dziennych oddziałów pielęgnacyjnych. Pobyt w zakładzie opiekuńczo – leczniczym powinien mieć charakter okresowy, gdyż jest związany głównie z procesem usprawniania pacjenta i przygotowania go do samodzielności, dlatego docelowo nie powinien być dłuższy niż trzy miesiące. W przypadkach, w których pobyt w zakładzie nie przyniósł oczekiwanego usprawnienia i gdy pacjent nie ma zapewnionej opieki domowej, należy chorych kierować do zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych lub domów pomocy społecznej.

Konieczny jest również rozwój opieki domowej uznawanej przez specjalistów za najbardziej efektywną formę opieki długoterminowej. Wiąże się to z zapewnieniem pacjentowi jak i opiekującej się nim pielęgniarki i lekarzowi oparcia w funkcjonującym w pobliżu zakładzie opieki długoterminowej (opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno–opiekuńczym, hospicjum), który w razie pogorszenia się stanu pacjenta zapewni mu opiekę stacjonarną.

Przeszkodą w realizacji celu może być niedostateczne finansowanie przez płatnika opieki długoterminowej. Utrzymanie tego zjawiska zmusi świadczeniodawców do znacznego ograniczenia, a nawet zaniechania wykonywania tych tak bardzo pożądaných świadczeń. Planowany wzrost zasobów będzie, więc możliwy tylko wtedy, gdy kwoty refundacji za świadczenia będą adekwatne do kosztów ich realizacji.

Projekt rozwinięcia bazy opieki długoterminowej i dostosowywania obecnej infrastruktury do tego typu świadczeń funkcjonuje w planach inwestycyjnych niektórych zakładów opieki zdrowotnej na lata 2006-2013. Wysokość kwoty potrzebnej na realizację zadań mających na celu podwojenie zasobów opieki długoterminowej określono na poziomie 10.409.350 złotych (0,8% wszystkich wymaganych nakładów na inwestycje), jednakże 58% zgłoszonych kosztów inwestycyjnych w tym zakresie dotyczy zadań związanych z funkcjonowaniem Centralnego Szpitala Weteranów.

Zadanie II.4 Zwiększenie bazy lecznictwa psychiatrycznego.

Zarówno prognozy epidemiologiczne jak i wskaźniki docelowe wskazane w projekcie Ministra Zdrowia – docelowa sieć zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej wskazują jednoznacznie, iż dostępność do łóżek o charakterze psychiatrycznym na terenie województwa łódzkiego jest niewystarczająca.

Wskaźniki dostępności wymienione w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia zostały określone w sposób następujący:

- wskaźnik minimalny 4 łóżka na 10.000 mieszkańców w województwie - dla szpitali psychiatrycznych, z wyłączeniem łóżek opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych, przeznaczonych na wykonywanie środka zabezpieczającego oraz obserwacji sądowo-psychiatrycznych,
- wskaźnik minimalny 0,4 łóżka na 10.000 mieszkańców w województwie dla szpitali psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi,
- wskaźnik minimalny 1,0 łóżko na 10.000 mieszkańców w województwie dla oddziałów odwykowych dla osób uzależnionych od alkoholu, obejmujący łóżka detoksykacyjne i terapeutyczne w zakładach opieki zdrowotnej i w wojewódzkich ośrodkach terapii uzależnienia i współuzależnienia dla uzależnionych od alkoholu,
- wskaźnik minimalny 0,35 łóżka na 10.000 mieszkańców w województwie dla oddziałów odwykowych dla osób uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych, obejmujący łóżka detoksykacyjne, terapeutyczne i rehabilitacyjne w zakładach opieki zdrowotnej i podmiotach, o których mowa w ustawie z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii,
- maksymalna liczba łóżek w jednym szpitalu psychiatrycznym - 300,
- wskaźniki dostępności zakładów psychiatrycznej opieki środowiskowej dla określonej liczby mieszkańców ustala się w sposób następujący:
 - poradnia zdrowia psychicznego dla dorosłych – jedna na 50.000 mieszkańców,
 - poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – jedna na 150.000 mieszkańców,
 - przychodnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia - jedna na 50.000 mieszkańców,
 - poradnia dla osób z problemami alkoholowymi, – co najmniej jedna w mieście powyżej 25.000 mieszkańców,
 - poradnia dla uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych, – co najmniej dwie w każdym województwie,
 - oddział dzienny dla dorosłych – według wskaźnika 3 miejsca na 10.000 mieszkańców, co najmniej jeden oddział w każdym mieście powyżej 70.000 mieszkańców,
 - oddział dzienny dla dzieci – według wskaźnika 1 miejsce na 10.000 mieszkańców miasta,
 - oddział dzienny odwykowy – według wskaźnika 3 miejsca na 10.000 mieszkańców,
 - zespoły leczenia środowiskowego - jeden na 50.000 mieszkańców.

Jednak planowana w województwie łódzkim restrukturyzacja lecznictwa psychiatrycznego nie będzie polegała wyłącznie na osiągnięciu zalecanych wskaźników. Jej wiodącym celem będzie wprowadzanie nowoczesnych rozwiązań w podejściu do leczenia psychiatrycznego.

Wiodącą rolę w dążeniu do zwiększenia bazy lecznictwa psychiatrycznego i możliwości terapeutycznych stanowić będzie:

- dostosowanie struktury bazy łóżkowej do potrzeb i możliwości województwa,

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

Oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych, ze względu na możliwe strukturalne powiązanie z innymi specjalnościami, bliski kontakt z psychiatrycznym leczeniem ambulatoryjnym, pośrednimi formami opieki i środowiskiem pacjentów, umożliwią sprawowanie rekomendowanych przez Światową Organizację Zdrowia form opieki psychiatrycznej. Jedną z nich jest preferowany obecnie na całym świecie alternatywny dla hospitalizacji model psychiatrii środowiskowej.

Ten kierunek leczenia zaburzeń, specjalizuje się w opiece ambulatoryjnej nad pacjentami psychotycznymi oraz pacjentami z zaburzeniami rozwoju osobowości, u których często występują również zaburzenia życia rodzinnego. W Polsce środowiskowa opieka psychiatryczna jest działaniem nowatorskim, tymczasem leczenie w warunkach leczenia zamkniętego powinno być realizowane tylko w sytuacjach ściśle tego wymagających. We wszystkich przypadkach, gdy osoba z zaburzeniami psychicznymi nie stanowi zagrożenia dla życia, bądź zdrowia własnego lub innych osób, i nie ma przeciwwskazań medycznych, powinna być leczona i rehabilitowana poza szpitalem, ewentualnie w warunkach oddziału dziennego. Specjaliści nie mają wątpliwości, że w większości przypadków osoby z zaburzeniami psychicznymi mogą świetnie funkcjonować w środowisku rodzinnym i społecznym. Uważa się, że prawie 30 % chorych leczonych jest w warunkach szpitalnych wyłącznie z uwagi na brak alternatywnych form opieki – brak mieszkań chronionych, czy środowiskowych domów pomocy. Istotny jest również, biorąc pod uwagę niewystarczającą ofertę służby zdrowia, brak ośrodków pomocy społecznej w zakresie niestacjonarnego leczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Dokonana w oparciu o wskaźniki opracowane przez Ministra Zdrowia analiza zasobów leczenia psychiatrycznego w województwie wskazuje na konieczność utworzenia 50 łóżek w psychiatrycznych oddziałach dziecięcych (obecnie jest 17 łóżek dla dzieci i 35 łóżek psychiatrii młodzieżowej – 0,2/10.000) i 35 łóżek leczenia uzależnień (mamy 224 łóżka - 0,87/10.000) oraz łóżek psychiatrycznych o charakterze opiekuńczo-leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym. Liczba łóżek psychiatrycznych przeznaczonych dla osób dorosłych jest wystarczająca (1.343 łóżka, wskaźnik – 5,5/10.000) i nawet przekracza przyjęty przez Ministerstwo Zdrowia poziom.

Problemem jest zbyt duże zagęszczenie miejsc w oddziałach, a każda próba zmian w kierunku dostosowania oddziałów do wymagań rozporządzenia nie może być zrealizowana z uwagi na bardzo wysokie, często przekraczające 100%, obłożenie łóżek w tych oddziałach. Jedynym rozwiązaniem jest utworzenie, co najmniej dwóch nowych oddziałów w szpitalach ogólnych, które przejęłyby „nadwyżkę” łóżek ze szpitali psychiatrycznych.

Poprawa warunków w zakresie psychiatrycznego leczenia zamkniętego będzie możliwa także wtedy, gdy nastąpi rozwój psychiatrii środowiskowej, zwiększeniu ulegnie liczba miejsc w zakładach opiekuńczo-leczniczych o profilu psychiatrycznym i oddziałach dziennych.

Oddziały dzienne dla dorosłych dysponują obecnie 123 miejscami, zgodnie ze wskaźnikami Ministerstwa Zdrowia (0,47/10.000 mieszkańców) w województwie powinno powstać w najbliższych latach 650 nowych miejsc tego typu, w oddziałach dziennych dla dzieci należy utworzyć około 190 nowych miejsc (obecnie jest ich 66). W oddziałach dziennych terapii uzależnienia od alkoholu powinno zostać utworzonych 757 nowych miejsc. W chwili obecnej w regionie funkcjonuje jeden oddział dzienny liczący 20 miejsc.

Konieczne jest również zapewnienie swobodnego dostępu do opieki ambulatoryjnej. Funkcjonująca obecnie na terenie województwa łódzkiego ilość poradni zdrowia psychicznego (łącznie 25 poradni zajmujących się problemami zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień) jest niewystarczająca, zbyt niski jest również kontrakt na świadczenia realizowane w tych placówkach.

Przyjmując opracowane przez Ministra Zdrowia wskaźniki dostępności do zakładów ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (określone liczbą mieszkańców) samych poradni zdrowia psychicznego dla dorosłych powinno być 51 (podobnie przychodni terapii uzależnienia od alkoholu) a poradni dla dzieci 17.

Należy zauważyć, iż powiększenie bazy łóżkowej czy zwiększenie liczby poradni psychiatrycznych jest bardzo trudne, nie tylko z przyczyn finansowych, ale także z powodu braku dostatecznej liczby odpowiednio wykształconej i przygotowanej kadry.

Cel szczegółowy III Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego.

Województwo łódzkie należy do województw o najwyższej wypadkowości (13 miejsce w kraju), przoduje również pod względem liczby ofiar śmiertelnych wypadków (13 miejsce) oraz liczby osób rannych w wypadkach (również 13 miejsce).

Wypadki komunikacyjne są najczęstszą przyczyną zgonów osób w wieku do 45 lat oraz najczęstszą przyczyną zgonów spowodowaną urazami wielonarządowymi.

Stały wzrost liczby pojazdów, nasilony ruch tranzytowy, duża prędkość, utrzymująca się liczba kierujących po spożyciu alkoholu (a obecnie również środków odurzających) oraz stale postępująca degradacja infrastruktury drogowej bezpośrednio wpływa na stan wypadkowości. Według danych Komendy Głównej Policji, w ostatnich latach ginęło na drogach od 5 do 7 tysięcy osób rocznie, a liczba rannych wahała się w granicach 60 – 70 tysięcy.

Najbardziej istotne, mające wpływ na liczbę zgonów powypadkowych jest fachowe i szybkie działanie przedlekarskie (5 minut od zdarzenia) oraz szybka pomoc medyczna. Z danych statystycznych wynika, że ponad 60% poszkodowanych ginie w okresie przedszpitalnym.

Pomoc lekarza (ratownika medycznego) udzielona w ciągu 15 minut od zdarzenia i natychmiastowy (w ciągu godziny) transport do specjalistycznego ośrodka, w którym funkcjonuje Szpitalny Oddział Ratunkowy z zapleczem w postaci oddziału leczenia urazów wielonarządowych znacznie zwiększa szansę przeżycia. O powodzeniu akcji ratowniczej decyduje, więc wyszkolenie, czas i właściwe rozmieszczenie i organizacja specjalistycznych placówek medycznych.

Duża liczba śmiertelnych ofiar wypadków w znacznym stopniu jest spowodowana nie udzieleniem, bądź nieumiejętnym udzieleniem pierwszej pomocy, jak również zbyt późnym dotarciem pomocy medycznej.

Odpowiedniego przygotowania wymaga również tak zwany drugi etap pomocy poszkodowanym - pomoc udzielana w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych oraz etap trzeci – opieka szpitalna.

Szpitalny Oddział Ratunkowy powinien gwarantować wykonanie wszelkich badań szybkiej diagnostyki, dlatego niezbędne jest wyposażenie go w nowoczesną aparaturę diagnostyczną i leczniczą, która monitoruje, analizuje wszelkie zaburzenia w funkcjonowaniu różnych narządów w sytuacjach zagrożenia życia. Pacjent po ustabilizowaniu funkcji życiowych, wykonaniu badań i postawieniu diagnozy powinien być przekazany do leczenia w specjalistycznym oddziale szpitala, bądź, jeśli doznał rozległych i wielorakich obrażeń, do oddziału leczenia urazów wielonarządowych.

Kolejnym zagrożeniem jest bioterroryzm, czyli bezprawne, nielegalne użycie czynników biologicznych wobec ludzi z zamiarem wymuszenia jakiegoś działania lub zastraszenia rządu i ludności cywilnej dla osiągnięcia celów osobistych, politycznych, społecznych lub religijnych. W tym celu mogą być użyte bakterie, riketsje, wirusy lub materiały z nich pochodzące oraz różnego rodzaju toksyny przez nie wytwarzane.

Bioterroryzm to stosunkowo nowe zjawisko we współczesnym świecie. Obecnie po raz pierwszy w historii ludzkości mamy z nim do czynienia, chociaż możliwość działań tego typu przewidziano wcześniej.

Od czasu, kiedy ludzie nauczyli się hodować drobnoustroje w laboratoriach, narodziła się myśl wykorzystania ich w działaniach wojennych. Powstało wtedy pojęcie broni masowego rażenia - ABC (atomowa, biologiczna, chemiczna). Obecnie rozwój broni typu B i C jest zakazany konwencjami międzynarodowymi. Nie dotyczy to jednak bezwzględnie wszystkich państw świata i niektóre w tajnych laboratoriach prowadzą badania nad bronią biologiczną.

Nie wdając się w szczegóły można powiedzieć, że czynniki biologiczne mogą skażać powietrze, wodę, żywność i przedmioty codziennego użytku wegetatywnymi lub przetrwalnikowymi formami drobnoustrojów chorobotwórczych.

Najbardziej niebezpieczną formą zastosowania jest wariant aerozolowy lub rozpylenie czynnika w systemach wentylacyjnych. Jest on jednak bardzo niebezpieczny również dla terrorysty. Rozpylenie czynnika biologicznego powoduje wtedy szybkie i masowe zachorowania oraz wysoką śmiertelność w wyniku zainhalowania czynnika i rozwoju postaci płucnych danych chorób. Znacznie bezpieczniejsze dla samego terrorysty jest skażenie żywności lub wody.

W walce ze skutkami ataku bioterrorystycznego najważniejsze jest wczesne wykrycie użytego czynnika biologicznego, co umożliwia natychmiastowe zastosowanie środków profilaktycznych w postaci szczepionek lub antybiotyków o szerokim spektrum działania.

Rosnące zagrożenie spowodowane wzrostem prawdopodobieństwa użycia przez terrorystów broni biologicznej oraz przedostania się na terytorium Polski wysoce niebezpiecznych chorób infekcyjnych wymusza potrzebę zabezpieczenia mieszkańców województwa łódzkiego przed chorobami wymagającymi pełnej izolacji (dżuma, cholera, czarna ospa, inne choroby tropikalne).

Zadanie III.1

Rozbudowa Zintegrowanego Systemu Ratownictwa Medycznego.

Najbardziej efektywnym działaniem byłoby zintegrowanie pomocy w postaci Centrów Leczenia Urazów Wielonarządowych stanowiących komórki organizacyjne szpitala (izba przyjęć, szpitalny oddział ratunkowy, oddział leczenia urazów wielonarządowych i ewentualnie zespół wyjazdowy).

Zadaniem Centrum będzie udzielenie pierwszej pomocy ofiarom nieszczęśliwych zdarzeń w stanie zagrożenia życia i ich dalsze leczenie w warunkach intensywnej terapii. Podstawową zasadą pracy Centrum powinno być udzielenie pełnej, pomocy w ciągu pierwszej doby pobytu w szpitalu. Takie postępowanie poprawi wyniki leczenia, zmniejszy liczbę powikłań i skróci czas pobytu pacjenta w szpitalu, co zmniejszy koszty leczenia.

W województwie łódzkim funkcjonuje obecnie 15 szpitalnych oddziałów ratunkowych, z których większość znajduje się w szpitalach wielospecjalistycznych, które po utworzeniu w nich oddziałów leczenia urazów wielonarządowych (wymaga wydzielenia 4 – 5 łóżek do leczenia tego typu urazów) oraz znacznego wyposażenia placówek w sprzęt i aparaturę diagnostyczną, pozwoli na przekształcenie tych placówek w Centra Leczenia Urazów Wielonarządowych.

W celu stworzenia spójnego i sprawnie działającego systemu ratownictwa medycznego w regionie, konieczne jest rozszerzenie bazy centrów powiadamiania o zdarzeniach nagłych. Miejscami tymi mogą być zarówno wspólne stanowiska dla dyspozytorów różnych służb ratunkowych, jak również odrębne dyspozytornie, do których sygnał przywoławczy będzie dopływał jednocześnie (trankingowy system łączności). W Wojewódzkim Rocznym Planie Zabezpieczenia Medycznych Działań Ratowniczych dla Województwa Łódzkiego na 2006, zaznaczono potrzebę utworzenia kolejnych ośmiu Centrów Powiadamiania Ratunkowego. Dużym ograniczeniem dla realizacji tego celu są trudności z tworzeniem wspólnych CPR przez kilka powiatów. W związku z tym baza CPR może być powiększana o jednostki dla powiatów, które podejmą decyzję o ich samodzielnych tworzeniu i finansowaniu.

Przyjmuje się, że obszar działania jednego zespołu wyjazdowej pomocy doraźnej nie powinien przekraczać w mieście 30 kilometrów kwadratowych i poza miastem 300 kilometrów kwadratowych. Zgodnie z powyższym na terenie województwa łódzkiego winno działać minimum 30 zespołów reanimacyjnych i 60 zespołów wypadkowych. Liczba zespołów wyjazdowej pomocy doraźnej została określona w Planie na 2006 rok i zakontraktowana na poziomie 33 jednostek „R” i 57 zespołów „W” oraz 2 zespoły „N”.

Problemem, który wymaga pilnego rozwiązania jest przygotowanie w bezpośrednim sąsiedztwie wielospecjalistycznych szpitali, lądowisk. Obecnie trwają prace nad przygotowaniem lądowiska w: Szpitalu Wojewódzkim im. Jana Pawła II w Bełchatowie, Samodzielnym Szpitalu Wojewódzkim im. M. Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim, Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Kopernika w Łodzi. Niezbędne jest również utworzenie lądowiska przy Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Skierniewicach oraz przy Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Marii Skłodowskiej – Curie w Zgierzu.

W celu przygotowania jak największej liczby osób zdolnych do udzielenia właściwej pomocy w pierwszych chwilach po wypadku oraz doskonalenia wiedzy i umiejętności z zakresu działań ratujących życie personelu medycznego, przy Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego w Łodzi rozpoczęła działalność w 2005 roku Szkoła Ratowników Medycznych. Szkoła będzie funkcjonowała w oparciu o wytyczne nadzoru konsultanta wojewódzkiego i krajowego oraz uzyskane certyfikaty.

System ratownictwa medycznego to nie tylko leczenie osób poszkodowanych w wypadkach komunikacyjnych. Choroby naczyń mózgowych, w tym udar mózgu, stanowią główną przyczynę zgonów mieszkańców województwa łódzkiego.

U 95% wszystkich pacjentów trafiających do szpitala z powodu nagłego niedowładu, porażenia, zaburzeń mowy, zaburzeń czucia przyczyną jest podłoże naczyniowe, gdzie prawie 85% stanowią chorzy z udarem niedokrwiennym i 15% z krwotokiem śródmózgowym. Pozostałe przypadki zaburzeń związane są z przebytych napadem padaczkowym, guzem mózgu lub są natury psychogennej.

Obecnie w województwie łódzkim większość chorych z objawami deficytu neurologicznego trafia do szpitali ogólnych na oddziały neurologiczne albo internistyczne, z których tylko niektóre dają szansę na właściwą i szybką diagnozę i leczenie (mają możliwość natychmiastowego wykonania CT). Tymczasem, u każdego pacjenta, u którego wystąpiły objawy deficytu neurologicznego w celu wykluczenia charakteru krwotocznego choroby, powinno się w trybie pilnym wykonać badanie tomografii komputerowej (CT) mózgu. Badanie to decyduje o dalszym leczeniu pacjenta.

Rozpoznanie udaru niedokrwiennego wymaga leczenia w oddziale intensywnej opieki neurologicznej (według zaleceń WHO powinien być to specjalny oddział o profilu leczenia udarów zwany oddziałem udarowym). Istotnym jest fakt, że leczenie takie można rozpocząć tylko we wczesnych godzinach po wystąpieniu niedokrwienia, gdyż włączenie leków rozpuszczających zatory w terminie późniejszym jest niewskazane z powodu ryzyka wywołania krwotoku wewnątrzczaszkowego. Ważne jest również, aby chorych, u których objawy wycofały się samoistnie nie pozostawiając żadnych ubytków neurologicznych, poddać specjalistycznej diagnostyce, gdyż mimo dobrego stanu ogólnego pozostają oni w stanie zagrożenia udarem niedokrwiennym. Ponadto, badania te mogą wskazać przyczynę choroby (na przykład zwężenie tętnicy szyjnej lub chorobę serca), którą można leczyć zachowawczo lub operacyjnie.

Specjalny regionalny ośrodek leczenia udarów powinien posiadać najlepsze wyposażenie diagnostyczne – terapeutyczne, które w zdecydowany sposób podwyższy szansę pacjenta na przeżycie jak i zmniejszenia rozmiaru komplikacji.

Istotnym punktem leczenia chorego z już przebytych udarem niedokrwiennym jest rehabilitacja neurologiczna. Wczesne jej wdrożenie powoduje zmniejszenie niesprawności poudarowej pacjentów. Obecnie w województwie nie ma ani jednego oddziału rehabilitacji neurologicznej. Istnieje bezwzględna potrzeba uruchomienia przynajmniej 60 łóżek o tym profilu.

Zadanie III.2 Utworzenie ośrodka leczenia osób narażonych na broń biologiczną (izolatorium).

W celu zapewnienia bezpieczeństwa mieszkańców regionu oraz poprawy sprawności systemu zapobiegania i reagowania w przypadku zagrożenia atakiem bioterrorystycznym lub w przypadku epidemii chorób zakaźnych zaliczanych do katalogu broni biologicznej, konieczne jest utworzenie na terenie województwa specjalistycznego ośrodka.

Jedyną placówką wyspecjalizowaną w leczeniu chorób zakaźnych na bazie, której można utworzyć Ośrodek jest pawilon F w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. Wł. Biegańskiego w Łodzi. Jego utworzenie wymaga uruchomienia specjalistycznej, wysoce

sprawnej sterylizatorni oraz dezynfektorni przeznaczonych do dezynfekcji każdego rodzaju sprzętu wielokrotnego użycia (w tym łóżek szpitalnych).

Niezbędne jest również usytuowanie w odcinku izolacyjnym, co najmniej dwóch boksów Meltzera ze służą, tzw. ujemnym ciśnieniem wewnątrz pomieszczenia i systemem filtrów typu Hepa, izolujących boksy od otoczenia, w tym od systemu wentylacyjnego budynku.

Na potrzeby intensywnej terapii osób chorych zakaźnie niezbędny jest również zakup respiratorów z monitorami wielofunkcyjnymi. Rozwój ośrodka leczenia osób narażonych na ataki bioterrorystyczne generuje potrzeby finansowe w wysokości około 4.000.000 złotych.

Zadanie III.3 Budowa systemu realizacji świadczeń w ramach nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej w oparciu o podstawową opiekę zdrowotną.

Lekarz rodzinny, a także lekarz pediatra powinien być tym lekarzem, który jako pierwszy podejmuje działania (niekiedy tylko wstępne) w niemal każdym przypadku. Pacjent powinien zgłaszać się do niego ze wszystkimi problemami zdrowotnymi, zarówno w dzień, jak i w nocy (dyżur wymienny pomiędzy poszczególnymi praktykami). Powinno się przyjąć, co do zasady, iż zespoły wyjazdowe ratownictwa medycznego udzielają pomocy wyłącznie w stanach nagłych, będących następstwem wypadków, urazów, porodu, utraty przytomności. W innych stanach chorobowych pierwszy powinien zbadać chorego lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, który po dokonaniu oceny zagrożenie dla zdrowia, bądź życia pacjenta wzywa zespół wyjazdowy ratownictwa medycznego. Niedopuszczalne jest, zarówno ze względów organizacyjnych, jak i finansowych dalsze tolerowanie sytuacji, w których lekarz podstawowej opieki zdrowotnej odmawia udzielenia pomocy zalecając jednocześnie pacjentowi, aby skorzystał ze świadczeń ratowniczych. W celu wyeliminowania przypadków nieuzasadnionego wzywania zespołów ratownictwa medycznego, niezbędne jest wdrożenie zasad kontraktowania świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej opartych nie na wyliczeniu jednostek chorobowych, w których miałby on podejmować działania, lecz na określeniu jego zadań w systemie. Takie rozwiązanie pozwoli na rozdzielenie zadań ratownictwa medycznego od pozostałych świadczeń.

Cel szczegółowy IV Promocja zdrowia i zapobieganie chorobom.

Promocja zdrowia to proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem, jego poprawę i utrzymanie. Do działań promocyjnych w sferze zdrowia zalicza się takie jak: budowanie prozdrowotnej polityki społecznej, tworzenia środowisk sprzyjających zdrowiu, wzmacnianie działań zbiorowych, rozwijanie umiejętności indywidualnych i reorientacja służby zdrowia.

Profilaktyka ma na celu zapobieganie chorobie bądź innemu niekorzystnemu zjawisku zdrowotnemu przed jej rozwinięciem się, poprzez kontrolowanie przyczyn i czynników ryzyka. Polega ona na zapobieganiu poważniejszym konsekwencjom choroby poprzez jej wczesne wykrycie i leczenie. Celem profilaktyki jest podjęcie szybkich i skutecznych działań przywracających zdrowie, ma ona również na celu zahamowanie postępu lub powikłań już istniejącej choroby. Dzięki temu prowadzi do ograniczenia niesprawności i inwalidztwa.

Istotnym elementem profilaktyki jest także zapobieganie powstawaniu niekorzystnych wzorów zachowań społecznych, które przyczyniają się do podwyższania ryzyka choroby. Gruźlica stanowi ważny problem zdrowotny wśród mieszkańców województwa łódzkiego. Od lat region łódzki plasuje się na jednym z ostatnich miejsc w kraju pod względem zapadalności, chorobowości i umieralności z powodu gruźlicy, w tym głównie gruźlicy płuc. Mając na uwadze niekorzystną sytuację epidemiologiczną w tym zakresie Samorząd Województwa opracował w 2002 roku Wojewódzki Program Profilaktyki Gruźlicy Płuc. Po rozszerzeniu celów i działań wynikających z programu od 2004 roku był on realizowany jako Wojewódzki Program Profilaktyki Gruźlicy Płuc i Nowotworów Układu Oddechowego. Istotnym problemem zdrowotnym jest również jaskra. Z danych Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi wynika, iż w 2003 roku jaskra stanowiła przyczynę 11% (tj. 1.530 przypadków) hospitalizacji okulistycznych, będąc drugą po zaćmie przyczyną leczenia szpitalnego z powodu chorób oczu. Dane na temat hospitalizacji pozwalają uchwycić jedynie przypadki choroby w zaawansowanym stadium, które wymagają intensywnego leczenia lub zabiegów operacyjnych. Tymczasem z badań wynika, że 7 na 10 osób chorych na jaskrę nie zdaje sobie sprawy ze swojej choroby, ze względu na jej długi i bezobjawowy okres przedkliniczny. Wcześniej wykryta choroba daje duże szanse na zachowanie wzroku. Ponadto, programy zdrowotne opracowywane, realizowane i monitorowane są również przez poszczególne jednostki samorządu terytorialnego na terenie gmin i powiatów województwa w oparciu o zidentyfikowane potrzeby zdrowotne mieszkańców.

Zadanie IV.1 Kontynuacja Wojewódzkiego Programu Gruźlicy Płuc i Chorób Nowotworowych Układu Oddechowego.

W 2006 roku „Wojewódzkim Programem Profilaktyki Gruźlicy Płuc i Nowotworów Układu Oddechowego” zostaną objęte kolejne powiaty województwa łódzkiego (brzeziński, łódzki wschodni, skierniewicki, wierszowski, zgierski, miasto Skierniewice). Celem Programu z punktu widzenia epidemiologicznego jest eliminacja gruźlicy jako choroby o znaczeniu społecznym poprzez ograniczenie szerzenia się zakażenia w populacji mieszkańców województwa drogą szybkiego wykrywania i skutecznego leczenia chorych na gruźlicę oraz ograniczenie, poprzez wczesne wykrycie i leczenie, skutków zdrowotnych spowodowanych chorobą nowotworową i innymi chorobami płuc.

Podstawą Programu jest wykrywanie gruźlicy i chorób nowotworowych układu oddechowego u osób uczestniczących, w organizowanych na terenie gminy czy powiatu, działaniach profilaktycznych opartych o dwukrotną konsultację lekarza pulmonologa i zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej.

Realizatorem Programu w 2006 roku będzie, podobnie jak w latach 2004-2005, Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi, placówka podległa Samorządowi Województwa Łódzkiego.

W wyniku z realizacji Programu w latach 2004-2006 zostaną nim objęte wszystkie powiaty województwa łódzkiego. Wznowienie działań wynikających z „Wojewódzkiego Programu Profilaktyki Gruźlicy Płuc i Nowotworów Układu Oddechowego” nastąpi w latach 2009-2010. Do tego czasu prowadzony będzie monitoring efektów realizacji wyżej wymienionego Programu.

Zadanie IV.2 Wdrożenie i prowadzenie Programu Zdrowotnego Wczesnego Wykrywania Jaskry.

W 2006 roku rozpocznie się realizacja nowego zadania pod nazwą „Program Zdrowotny Wczesnego Wykrywania Jaskry” mającego na celu obniżenie liczby osób tracących wzrok z powodu uszkodzenia nerwu wzrokowego w przebiegu jaskry, poprzez odpowiednio wczesne wykrycie choroby i wdrożenie specjalistycznego leczenia. Realizacja Programu przyczyni się także do zwiększenia dostępności do okulisty oraz zdiagnozowania innych poza jaskrą chorób oczu.

W ramach Programu w 2006 roku zostanie również dokonany zakup sprzętu okulistycznego niezbędnego do wykonania założonych badań (8 zestawów perymetrów komputerowych, 1 tonometru bezdotykowego), co przyczyni się do poprawy możliwości diagnostycznych i leczniczych placówek podległych Samorządowi Województwa Łódzkiego.

Realizacja Programu planowana jest również w latach 2007-2008, a roczny koszt działań profilaktycznych oszacowano na około 250.000 złotych.

Zadanie IV.3 Wspieranie działań służących promocji zdrowia i profilaktyce chorób oraz inicjatyw wspierających prozdrowotny styl życia.

Z analizy stanu zdrowia mieszkańców województwa łódzkiego wynika, iż priorytetowym celem pozostaje realizacja programów profilaktycznych mających na celu zwiększenie liczby wczesnie wykrywalnych nowotworów złośliwych oraz poprawa ich wyleczalności, w szczególności w zakresie nowotworów piersi, jelita grubego, gruczołu krokowego i szyjki macicy.

Wśród innych działań z zakresu promocji zdrowia i prewencji chorób cywilizacyjnych, które powinny być realizowane w kolejnych latach należy wymienić między innymi: profilaktykę otyłości i wczesne wykrywanie cukrzycy, profilaktykę chorób układu krążenia, profilaktykę wad postawy u dzieci, promocję zdrowia psychicznego oraz profilaktykę uzależnień i zachowań samobójczych, edukację na temat uwarunkowań zdrowia – promocja zasad zdrowego żywienia, propagowanie aktywności fizycznej.

Cel szczegółowy V **Poprawa funkcjonowania systemu informacji i wiedzy w ochronie zdrowia.**

Współczesna polityka zdrowotna musi opierać się na bieżącej informacji, której towarzyszy stałe monitorowanie podejmowanych działań i to zarówno w sferze ekonomicznej jak i medycznej.

Nieodzownym elementem planowania i realizacji polityki zdrowotnej regionu jest gromadzenie i analiza danych. Instytucje m.in.: Narodowy Fundusz Zdrowia, Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego, Główny Urząd Statystyczny, Urząd Marszałkowski, urzędy powiatowe i gminne wymagają od placówek ochrony zdrowia coraz większej ilości danych (zatrudnienie, realizacja świadczeń zdrowotnych, finanse, programy profilaktyczne, ochrona środowiska, elementy gospodarcze).

Rośnie, zatem znaczenie przekazywania potrzebnych danych w formatach elektronicznych. Wynika to między innymi z wdrażania odpowiednio wydajnych nowoczesnych rozwiązań teleinformatycznych oraz z rosnącego znaczenia mechanizmów kontroli i nadzoru.

Zdecydowana większość placówek ochrony zdrowia ma problemy z zachowaniem standardów bezpiecznego gromadzenia, przechowywania, przekazywania i aktualizacji danych. Systemy informacji szpitalnej powinny dostarczać danych o wykorzystaniu środków, efektywności i skuteczności świadczenia usług medycznych, a także służyć ocenie zmieniających się trendów.

Jednakże brak koordynacji obiegu danych wśród ich odbiorców powoduje niepotrzebne składowanie tych samych informacji w kilku niezależnych miejscach.

Jednym ze sposobów na rozwiązanie problemu z obiegiem danych jest zebranie w kompletny i zorganizowany sposób wszystkich niezbędnych informacji w jednym miejscu. Usprawnienie to powinno uwzględniać zaawansowane rozwiązania teleinformatyczne, które podniosą efektywność działania. Na chwilę obecną nie ma takiego rozwiązania w województwie łódzkim.

Dla osiągnięcia pełnej sprawności i przydatności systemów informacji szpitalnej należy zastosować w nich nowoczesne techniki zarządzania zawierające między innymi: elementy analityczne, elementy umożliwiające modelowanie danych, elementy wspomagające decyzje menedżerskie, elementy umożliwiające monitoring ekonomiki zdrowia, rozbudowane elementy statystyki medycznej.

Dla każdego systemu informacji szpitalnej powinien być powszechnie dostępny zestaw danych z możliwością wykorzystania ich w szerokim zakresie na różnych poziomach. Istotną cechą staje się wówczas standaryzacja informacji. Jak dotąd powstające w Polsce systemy szpitalne rozwijają się bez żadnej koordynacji. Powstają elementy różnorodnych systemów, opartych często na zupełnie różnym rozumieniu podstawowych terminów. Ustalenie wspólnej definicji terminów jest niezbędne w dalszym rozwoju systemów informacji szpitalnej, tak jak potrzebą chwili staje się ustalenie określonych, ogólnych standardów w Polsce.

Planowanie działań zmierzających do rozwoju informatyzacji placówek ochrony zdrowia, może spotkać się problemami natury organizacyjnej, finansowej lub ludzkiej. Nie znaczy to jednak, by rezygnować z kierunku, który na całym świecie jest traktowany jako strategiczny i przynoszący efekty o dużej wartości dla społeczeństwa. Umiejętnie wykorzystując nowe technologie można skutecznie podnosić jakość życia mieszkańców.

Zadanie V.1 Budowa Regionalnego Systemu Informacji Medycznej (RSIM - Łódź).

W 2003 roku Województwo Łódzkie podjęło inicjatywę zmierzającą do zbudowania Regionalnego Systemu Informacji Medycznej Województwa Łódzkiego (RSIM-Łódź), którego głównym zadaniem jest usprawnienie i doskonalenie obiegu danych z placówek ochrony zdrowia. Prace zmierzające do wyboru wykonawcy systemu rozpoczęły się w połowie 2005 roku.

Regionalny System Informacji Medycznej RSIM-Łódź będzie rozbudowanym systemem informatycznym stanowiącym platformę do wymiany danych elektronicznych, jak również regionalnym narzędziem prowadzenia polityki zdrowotnej. System zapewni publiczny dostęp do danych, analiz i raportów obejmujących zarówno jednostki służby

zdrowia jak i inne instytucje, umożliwi gromadzenie i przetwarzanie ogromnej ilości informacji niezbędnych do prawidłowej oceny działania systemu ochrony zdrowia.

Jego budowa wpłynie korzystnie na współpracę pomiędzy wszystkimi zainteresowanymi uczestnikami systemu ochrony zdrowia oraz umożliwi dokonywanie dokładnych i szczegółowych analiz z zakresu monitoringu zdrowia. Wykorzystanie w szeroki sposób najnowszych technologii informatycznych i internetowych pozwoli na ciągle podnoszenie jakości, ujednocianie pozyskiwanych informacji, znaczne obniżanie kosztów zbierania i obróbki danych, sprawne współdziałanie pomiędzy organami władzy samorządowej i rządowej. Ponadto RSIM-Łódź zapewni ścisłą współpracę z Regionalnym Systemem Informacji Przestrzennej – Łódź (RSIP-Łódź), w celu prowadzenia szerokich analiz i badań przestrzennych stanu zdrowia mieszkańców województwa łódzkiego.

Z przeprowadzonej analizy wynika, iż przewidywany koszt budowy systemu wyniesie około 6.500.000 złotych.

Zadanie V.2 Wzrost wykorzystania rozwiązań teleinformatycznych w zakładach opieki zdrowotnej

Priorytetem w działaniach powinna być przede wszystkim spójna, jednoznaczna i zrozumiała dla wszystkich uczestników strategia rozwoju zastosowań technologii ICT (ang. Information and Communication Technology) w służbie zdrowia (na poziomie placówek, jednostek samorządu terytorialnego, organów założycielskich zakładów opieki zdrowotnej). Strategia ICT winna podkreślać konieczność rozwoju informatyki jako jednego z głównych czynników decydujących o sprawności organizacyjnej jednostek.

Ponadto wszystkie placówki opieki zdrowotnej powinny wdrożyć planowanie strategiczne w zakresie podnoszenia jakości i ciągłego rozwoju swoich zasobów informatycznych, co może przyczynić się wydatnie do pozyskania zewnętrznych źródeł finansowania – zarówno krajowych jak i europejskich. Możliwość współfinansowania z pomocowych środków unijnych projektów z zakresu eZdrowia jak i społeczeństwa informacyjnego powinna zostać skutecznie wykorzystana przez placówki ochrony zdrowia z terenu województwa łódzkiego.

W celu sprawnego rozwoju informatycznego placówek ochrony zdrowia należy systematycznie podnosić jakość zasobów ludzkich poprzez kompleksowe szkolenia zwiększające kwalifikacje i zapobiegające wykluczeniu informacyjnemu. Rozwój zasobów ludzkich powinien na stałe wpisać się w systemy zarządzania jakością oraz zarządzania placówką.

Zakłady opieki zdrowotnej powinny nieustannie rozwijać posiadane systemy teleinformatyczne uzupełniając je o nowe moduły i zakresy funkcjonalne. Naturalną tendencją powinno być dążenie do integracji wszystkich posiadanych systemów oraz programów. Zmiany wymaga również rola systemów informatycznych z typowo transakcyjnych na systemy dostarczające dane biznesowe i usługi dla właściciela (tzw. SOA, z ang. Service Objected Architecture), mogące efektywnie wspierać decyzje kierownictwa placówek i organów założycielskich. Bez wątpienia duży wpływ na rozwój systemów informatycznych w zakładach opieki zdrowotnej będzie miał proces dostosowawczy do wymogów ustawy o informatyzacji, wymagającej współdziałania systemów teleinformatycznych.

Z uwagi na relatywnie wysoki stopień usieciowienia wewnętrznego, placówki powinny dążyć do włączenia się do światłowodowych i rozległych sieci zewnętrznych typu MAN lub WAN,

co pozwoli na efektywną wymianę danych. Przyłączanie do rozległych sieci zewnętrznych powinno być realizowane równoległe z rozwojem i unowocześnianiem sieci lokalnych wewnątrz jednostek.

Jednostki ochrony zdrowia powinny zmieniać strukturę wiekową posiadanych zasobów sprzętowych. Jako standard można przyjąć, że ilość sprzętu przestarzałego nie powinna przekraczać 5-7 % całości posiadanego (stan obecny to 30 %). Zakupy należy planować cyklicznie, przy założeniu, że średni wiek użytkowy sprzętu to 3-5 lat. Po tym okresie przestarzałe komputery powinny być wycofywane z użytkowania lub służyć tylko do najprostszyc procesów.

W zakresie korzystania z sieci Internet, placówki powinny dążyć do jak najszerszego dostępu na swoim terenie. Standardem w tym zakresie należy uznać łącze o szybkości 2 Mb/s, oraz dostęp do Internetu z poziomu 70-80 % wszystkich posiadanych komputerów. Duża liczba punktów dostępowych zwiększa ilość zagrożeń elektronicznych, dlatego wskazane jest sukcesywne wdrażanie wewnętrznych procedur bezpieczeństwa teleinformatycznego, uwzględniających zabezpieczenia programowe, sprzętowe oraz organizacyjne. Lepszy dostęp do Internetu powinien również zasadniczo wpłynąć na stopień rozwoju zasobów internetowych placówek ochrony zdrowia (strony internetowe placówek, Biuletyn Informacji Publicznej). Treści internetowe tworzone przez placówki powinny być zgodne z technologicznymi standardami World Wide Web Consortium (W3C) oraz zasadami „HON Code for Conduct” dla serwisów medycznych i zdrowotnych stworzonych przez organizację Health on Net.

Kolejnym elementem związanym z zastosowaniem technologii internetowych w placówkach ochrony zdrowia jest rozpoczęcie procesu wdrażania infrastruktury bezpiecznego podpisu elektronicznego (PKI).

W placówkach ochrony zdrowia powinny pojawić się inicjatywy z zakresu telemedycyny (rozumianej jako zapewnianie opieki medycznej na odległość). Placówki powinny zintensyfikować działania związane z przygotowaniem projektów związanych z systemami przysyłania danych medycznych pomiędzy jednostkami ochrony zdrowia, platformami do wideokonferencji dla lekarzy, systemami telementoringu, systemami telerobotyki, systemami teleradiologii, systemami monitoringu stanu zdrowia w warunkach domowych oraz zdalnych form diagnostyki i realizacji zabiegów medycznych na odległość.

Z przeprowadzonej analizy informacji na temat inwestycji planowanych w zakładach opieki zdrowotnej z terenu województwa łódzkiego na lata 2006-2013 wynika, iż zrealizowanie wszystkich zamierzonych zadań z zakresu informatyzacji placówek ochrony zdrowia zgłoszonych przez placówki, generuje koszty w wysokości 77.718.634 złotych, co stanowi 6,5% kwoty potrzebnej na wszystkie przewidziane w tych latach inwestycje.

* * * *

Okres, jaki obejmuje Strategia Polityki Zdrowotnej jest dość długi i trudno przewidzieć jak zmienią się uwarunkowania systemowe w ochronie zdrowia w zakresie poruszonym w dokumencie. Mogą one spowodować wzrost znaczenia pewnych zadań lub też dezaktualizację niektórych kierunków. W związku z powyższym przewiduje się możliwość dokonania aktualizacji zapisów Strategii Polityki Zdrowotnej.

Realizacja zapisów zawartych w niniejszym dokumencie wymagać będzie, jak każde działanie o zasięgu wojewódzkim, woli i chęci współpracy, szczególnie przy wypracowywaniu szczegółowych rozwiązań wynikających z zapisów Strategii Polityki Zdrowotnej, pomiędzy różnymi uczestnikami podejmującymi decyzje odnośnie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w województwie:

- organami założycielskimi zakładów opieki zdrowotnej,
- jednostkami samorządu terytorialnego,
- dyrektorami zakładów opieki zdrowotnej,
- płatnikami świadczeń medycznych,
- przedstawicielami samorządów zawodowych zawodów medycznych i związków zawodowych,
- konsultantami wojewódzkimi w poszczególnych dziedzinach medycyny,
- organizacjami pozarządowymi,
- stacjami sanitarno-epidemiologicznymi,

a także Wojewodą, Ministrem Zdrowia i partnerami publiczno - prywatnymi.

Z uczestnikami systemu ochrony zdrowia w regionie łódzkim nierozzerwalnie wiążą się źródła finansowania Programu, wśród których należy przede wszystkim wymienić środki finansowe:

- organów założycielskich zakładów opieki zdrowotnej,
- jednostek samorządu terytorialnego,
- własne środki zakładów opieki zdrowotnej,
- płatników świadczeń,
- stacji sanitarno-epidemiologicznych,

oraz środki

- znajdujące się w dyspozycji Ministra Zdrowia,
- państwowych funduszy celowych,
- programów unijnych oraz innych programów pomocowych.

Jest wielce prawdopodobne, iż wymienione wyżej ostatnie z kolei źródło finansowania okaże się głównym i najważniejszym w realizacji Strategii Polityki Zdrowotnej.