……………….……

Miejscowość , data

………………………………………………

Imię, nazwisko

**RAPORT KONSULTANTA WOJEWÓDZKIEGO**

**W DZIEDZINIE ........................................................................................**

**za 01-31.01.2024 roku**

# Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej w reprezentowanej dziedzinie

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Zagadnienie | Opis i ocena konsultanta wojewódzkiego |
| 1. | Dostępność świadczeń zdrowotnych – rozmieszczenie - oddziały, poradnie – liczba i gdzie  | opis:  |
| a. | lecznictwo szpitalne – czas oczekiwania na przyjęcie pilne i planowe | b. dobra, dobra, dostateczna, niedostateczna (uzasadnienie): ....... |
| b. | lecznictwo ambulatoryjne – czas oczekiwania na wizytę pilną i planową | b. dobra, dobra, dostateczna, niedostateczna (uzasadnienie): ........... |
| c. | diagnostyka | b. dobra, dobra, dostateczna, niedostateczna (uzasadnienie): ......... |
| d. | apteki | b. dobra, dobra, dostateczna, niedostateczna (liczba, uzasadnienie): ... |
| e. | inne - jakie | b. dobra, dobra, dostateczna, niedostateczna (uzasadnienie): .......... |
| 2. | Zasoby kadrowe - opis | ……. |
| a. | specjaliści - liczba specjalistów, liczba brakujących | b. dobra, dobra, dostateczna, niedostateczna (uzasadnienie): .........  |
| b. | pielęgniarki/położne - liczba, liczba brakujących | b. dobra, dobra, dostateczna, niedostateczna (uzasadnienie): ..……… |
| c. | inne - jakie | b. dobra, dobra, dostateczna, niedostateczna (uzasadnienie): ……….. |
| 3. | udzielone świadczenia, zawarte kontrakty - liczba |  |
| a. | AOS |  |
| b. | Oddziały szpitalne |  |

## Nadzór nad szkoleniem kadr medycznych

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Zagadnienie | Opis i ocena konsultanta wojewódzkiego |
| 1. | Potrzeby szkoleniowe *(przyszłościowo)* – opis  |  |
| a. | zainteresowanie specjalizacją *(według stanu bieżącego)* | b. duże, małe, brak zainteresowania |
| b. | utworzenie miejsc szkoleniowych w ramach potrzeb szkoleniowych *(ewentualnie nowych w przyszłości)* | ile: .... |
| c. | zwiększenie liczby specjalizujących w ramach potrzeb szkoleniowych *(w przypadkach wykorzystania wolnych miejsc)* | ilu: .... , w tym rezydentów: .... |
| 2. | Przeprowadzanie kontroli podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych dotyczącej realizacji kształcenia i doskonalenia zawodowego lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne lub inne zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia, w zakresie wynikającym z programów kształcenia *(kontrole tylko na podstawie upoważnienia wojewody lub innego organu)* | Wykaz kontrolowanych jednostek:1.2.3. |
| 3. | Opiniowanie wniosków jednostek ubiegających się o wpisanie ich na prowadzoną przez ministra właściwego do spraw zdrowia listę jednostek organizacyjnych uprawnionych do prowadzenia specjalizacji | Liczba zaopiniowanych wniosków:..... *(jakich podmiotów dotyczyły wnioski)*; uwagi *(wynik opinii)*: |
| 4. | Wydawanie, na podstawie kontroli, opinii o spełnianiu przez jednostkę uprawnioną warunków do prowadzenia stażu podyplomowego lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne, a także opinii dotyczącej sposobu realizacji stażu lub specjalizacji oraz poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych przez osoby wykonujące zawód medyczny zatrudnione w tym podmiocie leczniczym | Liczba wydanych opinii:......................... *(jakich podmiotów dotyczyły wnioski)*; uwagi *(wynik opinii)*; propozycje zmian: |

### Kontrola podmiotów wykonujących działalność leczniczą

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Zagadnienie | Opis i ocena konsultanta wojewódzkiego |
| 1. | Przeprowadzenie kontroli *(tylko na podstawie upoważnienia wojewody, innych organów)* – liczba: .... | Nazwa i adres kontrolowanych podmiotów:1.2.3. |
| 2. | Przeprowadzenie wizytacji konsultanta *(bez upoważnienia organów)* – liczba: .... | Nazwa i adres wizytowanych podmiotów:1.2.3. |
| 3. | Ocena kontrolowanych/wizytowanych podmiotów *(z podkreśleniem* *jednostek, w których wystąpiły poważne uchybienia), w tym:* | Ocena dostępności do świadczeń:… |
| Ocena zabezpieczenia w sprzęt medyczny i diagnostyczny:… |
| Ocena poziomu udzielanych świadczeń:… |
| Ocena kwalifikacji personelu medycznego:… |
| 4. | Informowanie organów administracji rządowej, podmiotów, które utworzyły podmioty lecznicze, oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Rzecznika Praw Pacjenta o uchybieniach stwierdzonych w wyniku kontroli *(prowadzonej na podstawie upoważnienia)* | Wykaz informowanych podmiotów, rodzaj stwierdzonych uchybień *(odniesienie do pkt. 1)*:1.2. |
| 5. | Występowanie z wnioskiem do okręgowych rad właściwych samorządów zawodowych o przeprowadzenie kontroli jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych przez osoby wykonujące dany zawód medyczny | Liczba wniosków: ………………………...; nazwa podmiotu; uwagi: 1.2. |

#### Udzielone opinie i konsultacje

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Zagadnienie | Opis i ocena konsultanta wojewódzkiego |
| 1. | Wydawanie opinii dotyczących: Nazwa podmiotu leczniczego / komórki organizacyjnej; dla kogo opinia | 1.2. |
| a. | likwidacji lub powstania nowego oddziału szpitalnego, przychodni specjalistycznej, pracowni diagnostycznej, apteki | Liczba opinii: ……………..; uwagi:ad. 1.ad. 2 |
| b. | spełniania przez podmiot wykonujący działalność leczniczą warunków do udzielania świadczeń zdrowotnych w danej dziedzinie medycyny | Liczba opinii: .........., zakres opinii; wynik opinii; uwagi:ad. 1.ad. 2 |
| c. | stosowanego postępowania diagnostycznego, leczniczego i pielęgnacyjnego w zakresie jego zgodności z aktualnym stanem wiedzy, z uwzględnieniem dostępności metod i środków | Liczba opinii: ……, zakres opinii;ad. 1.ad. 2 |
| d. | wyrobów medycznych, wyposażenia wyrobów medycznych, aktywnych wyrobów medycznych do implantacji | Liczba opinii: …, zakres opinii;ad. 1.ad. 2 |
| e. | innych | Liczba opinii: …, zakres opinii;ad. 1.ad. 2 |
| 2. | Konsultacje przypadków problemowych *(poza konsultacjami w ramach własnego zatrudnienia)* | Liczba konsultacji: ...........; dla kogo?; zakres konsultacji:1.2.3. |
| 3. | Wydawanie opinii dla RPP, RPD, Wojewódzkiej Komisji ds Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, inne | Liczba opinii: .............; dla kogo?;1.2.3. |

1. Wykonywanie innych czynności należących do zadań konsultanta wojewódzkiego

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Udział w pracach komisji i zespołów powoływanych w celu realizacji polityki zdrowotnej | **Liczba komisji/zespołów** | **Nazwa komisji/zespołu** | **Cel udziału w pracach komisji/zespołu** |
|  |  |  |
| 2. | Ocena stanu realizacji Wojewódzkiego Planu Transformacji na lata 2022-2026 | b. dobra, dobra, dostateczna, niedostateczna (uzasadnienie): ... |

##### Prognozowanie potrzeb zdrowotnych populacji:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Podsumowanie ogólnej sytuacji w zakresie danej dziedziny medycyny, farmacji, pielęgniarstwa, innej dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia na terenie województwa
	1. Wnioski z całorocznej działalności konsultanta

.......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

* 1. Potrzeby i problemy do rozwiązania

.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

* 1. Osiągnięcia w reprezentowanej dziedzinie

.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

*…………………………….…….*

*pieczątka i podpis*

*konsultanta wojewódzkiego*