**RAPORT ROCZNY**

**Z DZIAŁALNOŚCI KONSULTANTA WOJEWÓDZKIEGO**

**DLA WOJEWÓDZTWA WARMIŃSKO-MAZURSKIEGO**

**W DZIEDZINIE ……………………………………….ZA ………….. ROK**

**I. Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej w zakresie danej dziedziny medycyny, farmacji, pielęgniarstwa, innej dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia na obszarze województwa, w tym:**

1. **Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej**;
2. Ocena rozmieszczenia podmiotów leczniczych;
3. Ocena zabezpieczenia kadr lekarskich w reprezentowanej dziedzinie, w tym ocena prawidłowości rozmieszczenia specjalistów na terenie województwa;
4. Ocena zabezpieczenia kadry pielęgniarskiej;
5. Jednostki, które należy zrestruktyzować (podać przyczyny);
6. Ocena kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej.

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

**II. Nadzór nad szkoleniem kadr medycznych**

1. Ocena potrzeb szkoleniowych na najbliższą przyszłość.

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

1. Przeprowadzanie kontroli podmiotów leczniczych 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:

* wykaz kontrolowanych jednostek, wnioski z kontroli, zalecenia pokontrolne.

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

1. 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, uwagi.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....................................

1. 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, uwagi, propozycje zmian.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**III. Kontrola podmiotów wykonujących działalność leczniczą**

1. Przeprowadzanie kontroli:

* liczba placówek
* nazwa i adres kontrolowanych podmiotów

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

2. Ocena kontrolowanych podmiotów (z podkreśleniem jednostek, w których wystąpiły poważne uchybienia), w tym ocena:

* dostępności do świadczeń
* zabezpieczenia w sprzęt medyczny i diagnostyczny
* poziomu udzielanych świadczeń
* kwalifikacji personelu medycznego.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

3. Informowanie organów administracji rządowej, podmiotów, które utworzyły podmioty lecznicze, oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Rzecznika Praw Pacjenta o uchybieniach stwierdzonych w wyniku kontroli:

* wykaz informowanych podmiotów, rodzaj stwierdzonych uchybień.

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

4. Występowanie z wnioskiem do okręgowych rad właściwych samorządów zawodowych o przeprowadzenie kontroli jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych przez osoby wykonujące dany zawód medyczny:

* liczba wniosków, uwagi.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**IV. Udzielone opinie i konsultacje**

1. Wydawanie opinii dotyczących:

* kandydatów na ordynatorów oddziałów szpitalnych oraz udział w komisjach konkursowych
* likwidacji lub powstania nowego oddziału szpitalnego, przychodni specjalistycznej, pracowni diagnostycznej, apteki
* spełnianie przez podmiot wykonujący działalność leczniczą warunków do udzielania świadczeń zdrowotnych w danej dziedzinie medycyny (liczba wydanych opinii, uwagi)
* stosowanego postępowania diagnostycznego, leczniczego i pielęgnacyjnego w zakresie jego zgodności z aktualnym stanem wiedzy, z uwzględnieniem dostępności metod i środków (liczba i rodzaj wydanych opinii)
* wyrobów medycznych, wyposażenia wyrobów medycznych itp.
* innych.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

2. Konsultacje przypadków problemowych.

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

**V. Prognozowanie potrzeb zdrowotnych populacji.**

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

**VI. Podsumowanie ogólnej sytuacji w zakresie danej dziedziny medycyny, farmacji, pielęgniarstwa, innej dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia na terenie województwa** (uwagi, problemy, wnioski).

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

….………………………………………….. ………………………………………….

Data, miejscowość Podpis i pieczęć Konsultanta Wojewódzkiego