**RAPORT ROCZNY Z DZIAŁALNOŚCI KONSULTANTA WOJEWÓDZKEIGO**

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

**ZA ROK 2019**

1. **Kontrola podmiotów prowadzących działalność leczniczą**
2. Przeprowadzone kontrole:
3. Liczba kontrolowanych podmiotów: …………………………………..
4. Nazwa i adres podmiotów kontrolowanych:

|  |
| --- |
|  |

1. Ocena pracy wizytowanych placówek, w tym ocena: (kwalifikacji personelu medycznego, dostępności do świadczeń zdrowotnych, zabezpieczenia w sprzęt medyczny i diagnostyczny, poziomu udzielanych świadczeń, itd.)

|  |
| --- |
|  |

1. Kontrole przeprowadzone na zlecenie innych instytucji(np. Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia itd.)

|  |
| --- |
|  |

1. **Szkolenie kadr medycznych**
2. Ocena zabezpieczenia potrzeb kadrowych w reprezentowanej dziedzinie:

|  |
| --- |
|  |

1. Prowadzenie nadzoru nad stroną merytoryczną doskonalenia zawodowego i szkolenia specjalizacyjnego lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne lub inne zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liczna jednostek akredytowanych objętych nadzorem** | **Liczba osób realizujących daną specjalizację** | **Nazwa jednostki akredytowanej prowadzącej szkolenie** |
|  |  |  |
| **Ocena poziomu kształcenia**  |
|  |

1. **Ocena dostępności i zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych
w województwie [**dostępność świadczeń, czas oczekiwania, rozmieszczenie jednostek świadczących usługi medyczne w danej dziedzinie, w tym: baza szpitalna, poradnie specjalistyczne, laboratoria, diagnostyki i inne (ilość, jakość)]

|  |
| --- |
|  |

1. **Występowanie ewentualnych zagrożeń w danej dziedzinie**

|  |
| --- |
|  |

1. **Wnioski z całorocznej działalności konsultanta, potrzeby, problemy do rozwiązania**

|  |
| --- |
|  |

1. **Uwagi i wnioski dla priorytetów regionalnej polityki zdrowotnej na 2020 rok dla województwa świętokrzyskiego na podstawie której zostanie utworzona mapa potrzeb zdrowotnych.**

|  |
| --- |
|  |

………………………….. ……..……..………………………

miejscowość, data podpis Konsultanta