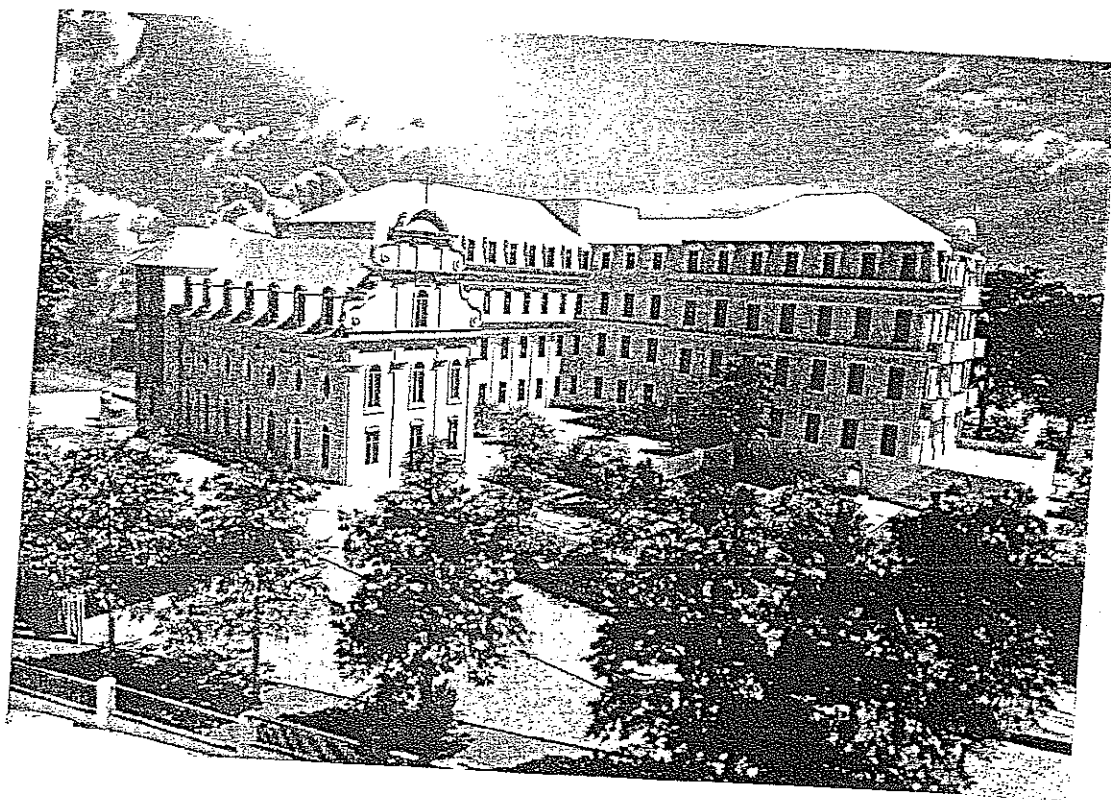


PROJEKT ADAPTACJI

SZPITALA ŚW. KAROLA BOROMEUSZA NA CENTRUM OPIEKUŃCZO-LECZNICZE IM. ŚW. KAROLA BOROMEUSZA W SZCZECINIE

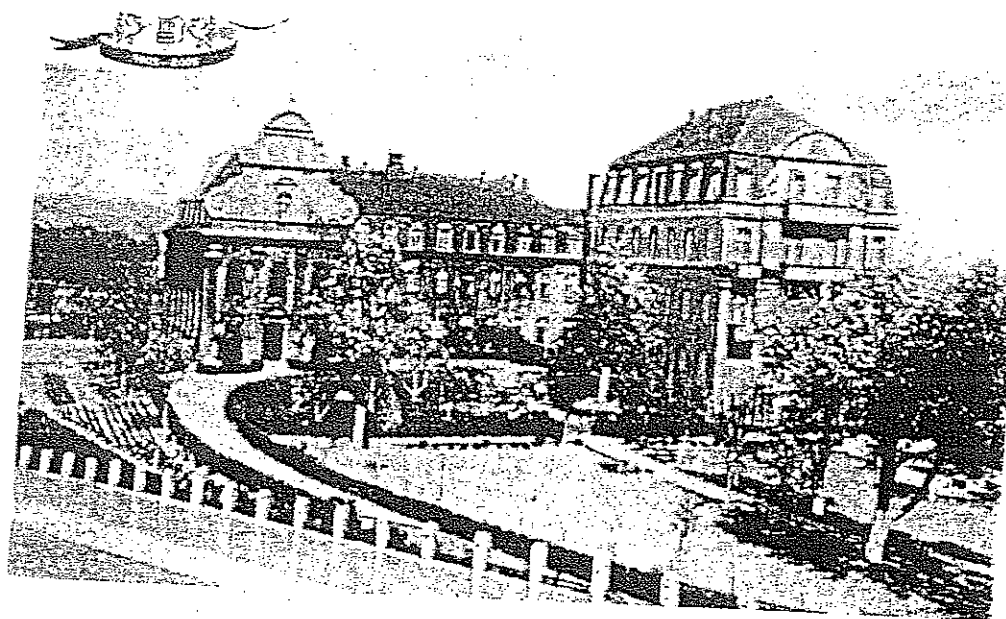


SPIS TREŚCI

1.	Historia dzieła opiekuńczo leczniczego Sióstr Boromeuszek w Szczecinie	3
2.	Misja szpitala.....	7
3.	Opis nieruchomości.....	9
3.1	Charakterystyka ogólna.....	9
3.2	Budynek główny szpitala	11
3.3	Budynek administracyjny.....	12
3.4	Węzeł ciepły	12
3.5	Łącznik	13
3.6	Budynek podziemny.....	13
3.7	Altana	13
3.8	Portiernia	13
3.9	Garaż	14
3.10	Budynki Trafostacji.....	14
4.	Ocena zapotrzebowania na świadczenia rehabilitacyjne w Szczecinie.....	16
4.1	Neurologia i neurochirurgia	16
4.2	Kardiologia i kardiochirurgia	19
4.3	Ortopedia i traumatologia.....	23
5.	Program utworzenia Centrum Opiekuńczo-Leczniczego w Szczecinie.....	29
5.1	Koncepcja Szpitala Rehabilitacyjnego	29
5.1.1	Cele działania	29
5.1.2	Struktura szpitala	29
5.1.3	Forma organizacyjno-prawna.....	30
5.2	Koncepcja Zakładu Rehabilitacji.....	31
5.2.1	Założenia ogólne do budynku – przewidywane elementy.....	31
5.2.2	Dział fizykoterapii i masażu	31
5.2.3	Dział krioterapii ogólnoustrojowej.....	32
5.2.4	Dział kinezyterapii.....	32
5.2.5	Dział hydroterapii.....	32
5.2.6	Wypoczynalnia ogólna (szczególnie dla pacjentów hydroterapii i kinezyterapii)	33
5.3	Koncepcja domu pomocy społecznej	33
5.3.1	Pomieszczenia ogólne	33
5.3.2	część pobytowa – łącznie ok. 100 osób.....	34
5.3.3	standard aranżacji i wyposażenia	34
6.	Studium architektoniczno-budowlane inwestycji.....	36
7.	Partnerzy.....	42
8.	Źródła finansowania	46

1. HISTORIA DZIEŁA OPIEKUŃCZO LECZNICZEGO SIÓSTR BOROMEUSZEK W SZCZECINIE

Siostry z Kongregacji Sióstr Miłosierdzia św. Karola Boromeusza w Trzebnicy przybyły do Szczecina w 1867r. na zaproszenie Proboszcza parafii Rzymskokatolickiej w Szczecinie. Zamieszkały w wynajętym mieszkaniu i zajęły się pielęgnacją chorych oraz nauczaniem dzieci prac ręcznych. Prowadzenie działalności wymagało stworzenia infrastruktury. Dlatego Siostry w 1886 r. z własnych środków nabyły grunty w Szczecinie przy ul. Politzerstrasse 31 (obecnie ul. Wyzwolenia), na których zaplanowały budowę nowoczesnego kompleksu opiekuńczo leczniczego. W 1910 r. oddano do użytku pierwsze skrzydło szpitala. Do tego czasu Siostry sprawowały jedynie ambulatoryjną opiekę nad chorymi. W 1911 r. nastąpiło poświęcenie zakładu i kaplicy, a w 1913 r. rozpoczął oficjalnie swoją działalność nowoczesnie wyposażony szpital (z salą operacyjną i niezbędnym zapleczem), przez co można było hospitalizować 182 osoby¹. W 1930 r., w oddzielnym nowo wybudowanym budynku oddano do użytku sierociniec dla 100 dzieci. Prace architektoniczno-budowlane prowadzone przez Kongregację na terenie szpitala w latach 1910-1943 mają potwierdzenie w dokumentach dostępnych w Archiwum Państwowym w Szczecinie².



¹ Carolus heilanstalt – Stettin, Fernsprecher 6127, Politzerstrasse 31.

² Pismo dr Jana Macholaka, Dyrektora Archiwum Państwowego w Szczecinie z dnia 10.07.2009 r.

Działania wojenne, zwłaszcza bombardowania miasta w 1944r., spowodowały, że Siostry wiedzione troską o bezpieczeństwo osób hospitalizowanych i osieroconych dzieci zdecydowały się na ewakuację dzieci do Kołobrzegu. Po ustaniu działań wojennych i niezbędnej stabilizacji (ustaleniu statusu miasta Szczecina, poprawie bezpieczeństwa) Siostry niezwłocznie chciały wrócić na teren szpitala i sierocińca w Szczecinie. Kompleks opiekuńczo-leczniczy św. Karola Boromeusza został już jednak zajęty przez Dyрекcję Okręgową Kolei Państwowych. Siostry podjęły starania o przywrócenie swojego posiadania (odzyskanie własności). Jednak dnia 25.06.1946 r. Ministerstwo Ziemi Odzyskanych wyraziło zgodę na objęcie szpitala przez Okręgową Dyрекcję Kolei Państwowych. Pismem z dnia 20.07.1946 r. Okręgowy Urząd Likwidacyjny w Szczecinie odebrał budynki wraz z terenem³. Siostry nie zaakceptowały tego stanu i do 1959 r. próbowały odzyskać swoją własność⁴. W tej sprawie zwracały się wielokrotnie do: Okręgowego Urzędu Likwidacyjnego w Szczecinie, Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej w Szczecinie, Ministerstwa Finansów w Warszawie, Ministerstwa Komunikacji, Ministra Kolei Państwowych. Siostry argumentowały, że ich nieruchomość nie przeszła na własność Państwa na mocy dekretu z dnia 08.03.1946 r. o majątkach opuszczonych i poniemieckich, albowiem Kościół Katolicki i Zgromadzenie po myśli art. 2 tegoż dekretu, z mocy ustawy przejęły powyższy majątek. Nieruchomość ta nie mogła podlegać w żaden sposób przejściu na tej podstawie prawnej⁵. W chwili obecnej ma to swoje potwierdzenie w treści Protokołu ustaleń Komisji Wspólnej Przedstawicieli Rządu RP i Konferencji Episkopatu Polski z posiedzenia w dniu 29.03.2006 r. w sprawie roszczeń Kościoła Katolickiego na tzw. „Ziemiach Odzyskanych” w związku z postępowaniami regulacyjnymi przed Komisją Majątkową. Przedstawiciele władzy pozostali jednak przy swoim stanowisku uznając szpital za majątek poniemiecki i z tej racji objęty wyżej wzmiankowanym dekretem⁶. Siostry nigdy z takim stanem się nie pogodziły – co wyraziły jednoznacznie w swoim piśmie z dnia 23.06.1958 r. skierowanym do Ministra Finansów w

³ Wyciąg z matrykuły gruntowej, L. dz. 677/47.

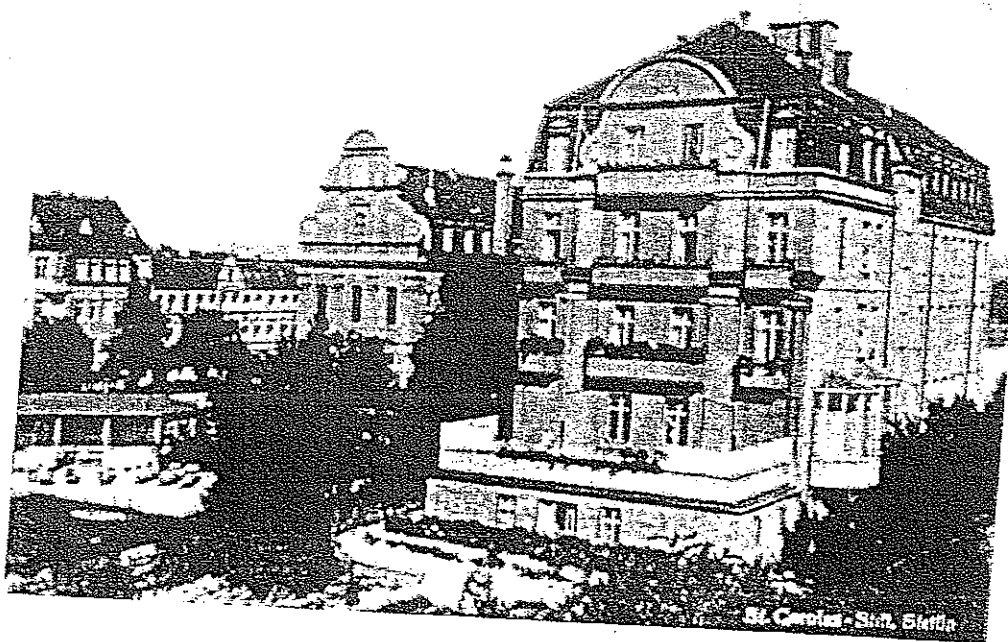
⁴ Nadmiernym uproszczeniem jest więc informacja zawarta w opracowanej „Analizie działalności Szpitala w latach 2001 – 2004 oraz strategii funkcjonowania na rok 2005” (Szczecin, luty 2005), jakoby „po wojnie siostry boromeuszki opuściły zniszczony szpital i Szczecin. Obiekt został przejęty przez PKP”.

⁵ Pismo Kongregacji Sióstr Miłosierdzia św. Karola Boromeusza w Trzebnicy do Ministra Kolei z dnia 28 maja 1958 r.

⁶ Kongregacja odwoływała się między innymi do Wojewódzkiej Rady Narodowej oraz Ministra Finansów - Pismo Okręgowej Dyrekcji Kolei Państwowych z dnia 30 marca 1947, Pismo Ministerstwa Komunikacji z dnia 16 marca 1959 r., Pismo Ministerstwa Finansów z dnia 3 grudnia 1958 r.

Warszawie. Co ważne, nigdy przy tym nie kwestionowano samego prawa własności Sióstr do terenu szpitala i nie zmieniono wpisu do księgi wieczystej, w której Kongregacja Sióstr Miłosierdzia św. Karola Boromeusza z Trzebnicy figurowały jako jedyne właścicielki tej nieruchomości. Sytuacja nie zmieniła się do przełomu roku 1989.

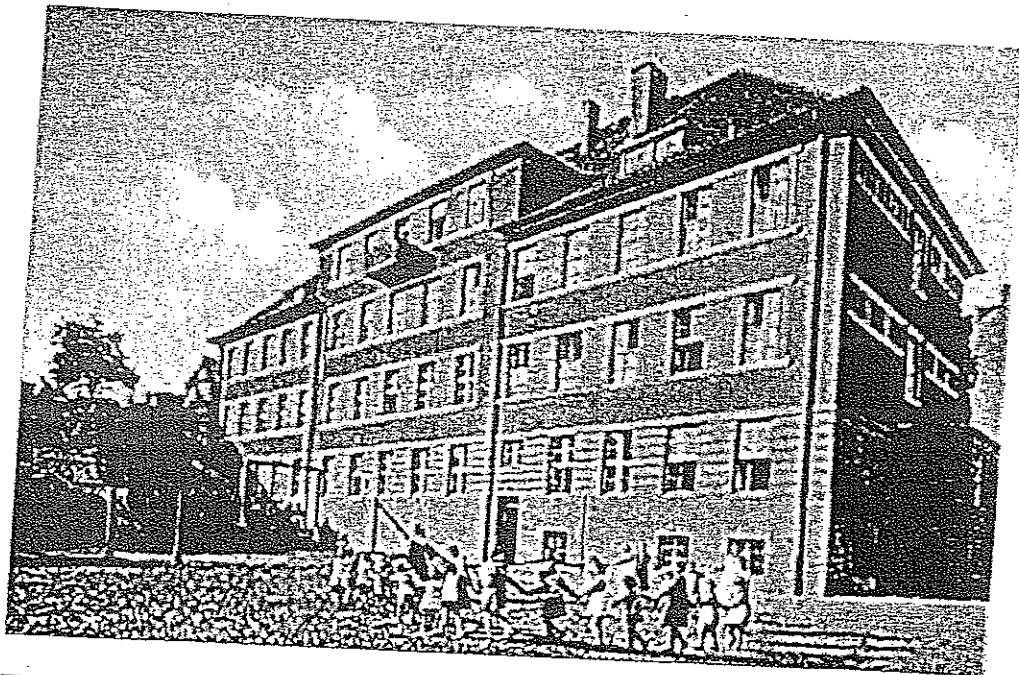
Po przełomie związanym z rokiem 1989 Kongregacja Sióstr niezwłocznie upomniała się o swoje nieruchomości nieprawnie przejęte w okresie PRL. Dotyczyło to między innymi kompleksu opiekuńczo-leczniczego św. Karola Boromeusza w Szczecinie. Zgodnie z obowiązującym prawem wniosły o przywrócenie swojej własności. W toku prowadzonego postępowania okazało się, że możliwe było jedynie przywrócenie fizyczne własności. W praktyce oznaczało to zlikwidowanie funkcjonującego Szpitala Kolejowego. Wpisał się on dobrze w historię powojennego Szczecina i świadczył usługi lecznicze dla blisko jednej czwartej mieszkańców miasta. Poza tym poczyniono znaczne nakłady na jego wyposażenie medyczne. Wolą Sióstr było kontynuowanie dzieła zapoczątkowanego przez nie przed blisko stu laty, służenie tego miejsca społeczności miasta nawet bez ich fizycznego udziału a nie odzyskanie własności za wszelką cenę. Dlatego Siostry kierując się nadrzędnym interesem społecznym pismem z dnia 12.04.1994 r. wniosły o wycofanie swojego pierwotnego wniosku⁷.



⁷ Pismo Przełożonej Generalnej Zgromadzenia z dnia 12 kwietnia 1994 r., l. dz. 27/94.

Komisja Majątkowa podzieliła tę argumentację i dnia 26.04.1994 r. wydała orzeczenie⁸. Siostry potraktowały je jako wstrzymanie biegu postępowania ze względu na ważny interes społeczny. Nigdy nie traktowały go jako orzeczenia ostatecznego, a tym bardziej zrzeczenia się swojej własności.

Pogarszający się po 1999 r. stan szpitala niepokoił Siostry. Mimo zmian w organizacji funkcjonowania szpitala, nadal on istniał, co mieściło się w woli wycofania przez Siostry wniosku przed Komisją Majątkową. Siostry monitorowały sytuację. Zasadnicza zmiana nastąpiła w 2009 r., kiedy to ostatecznie zlikwidowano szpital. Nie chcąc zadrażniać sytuacji i tak napiętej w związku z procesem likwidacji placówki, czekały na ostateczne rozstrzygnięcie – zamknięcie ostatnich oddziałów szpitalnych. Nastąpiło to dnia 30.06.2009 r. Dopiero wtedy podjęły stosowne działania. W lipcu 2009 r. likwidacja szpitala stała się faktem. W oficjalnych wypowiedziach istniał zamiar sprzedaży nieruchomości, a co ważniejsze - zmiana przeznaczenia tego terenu (zaprzeczenie działania w interesie społeczności, co legło u podstaw wycofania w 1994 r. wniosku Sióstr sprzed Komisji Majątkowej). Siostry prowadziły rozeznanie i ich myśl jest zbieżna ze środowiskiem medycznym w zakresie dalszego funkcjonowania tej placówki jako centrum opiekuńczo-leczniczego (obejmującym szpital rehabilitacyjny i dom pomocy społecznej) dla dobra społeczności lokalnej miasta Szczecina.



⁸ Orzeczenie Komisji Majątkowej Urzędu Rady Ministrów z dnia 26 kwietnia 1994 r., sygnatura akt sprawy W.KM-1_1217/91

2. MISJA SZPITALA

Pierwsze formy instytucji mogących stanowić pierwowzór szpitala spotykamy już w starożytności. Należy przy tym podkreślić, iż powstawały one w różnych kręgach kulturowych (Indie, Egipt, Grecja). Charakter ówczesnej medycyny powodował że placówki te powstawały przy centrach myśli filozoficznej i przy sanktuariach życia religijnego. Składana przez lekarzy po dzień dzisiejszy przysięga Hippokratesa świadczy o ponadczasowej wartości przekonań oraz intuicji etycznych tego ojca medycyny europejskiej. Dotyczy to w pewnej mierze także jego wiedzy medycznej i praktyki terapeutycznej.

Kościół w Polsce już w średniowieczu otwierał i utrzymywał placówki opiekuńczo-lecznicze i do końca XVIII w. był jedyną instytucją, która czyniła to w sposób zorganizowany. Zasługi Kościoła w tym zakresie są bezsporne. Jego współczesne posłannictwo na tym polu uwarunkowane jest wcześniejszym okresem panowania ideologii totalitarnej, a także okupacyjno-kolonialnym modelem sprawowania władzy, nosi więc z konieczności cechy odradzania się i rekonstrukcji.

Działalność duszpasterska Kościoła na Pomorzu Zachodnim po zakończeniu ostatniej wojny miała charakter *quasi* misyjny i w niewielkim stopniu mogła objąć problemy opieki zdrowotnej. Nie sprzyjały temu także wspomniane wcześniej uwarunkowania polityczne. Trzeba jednak zauważyć, że tak w minionym okresie, jak i współcześnie doceniany jest trud wniesiony przez Kościół w dzieło integracji mozaikowego społeczeństwa na tych ziemiach. Kościół także i dziś dysponuje znacznym kapitałem społecznego zaufania. Odtwarzanie struktur i instytucji kościelnych trwa nadal.

W tej optyce należy też postrzegać starania o przywrócenie misji szpitala Sióstr Boromeuszek w Szczecinie. Tożsamość tego szpitala określa jego historia - było to jedyne dzieło katolickie w Szczecinie przed 1945 r.

Przyszłość jednak wyznaczać będą również europejskie standardy i normy a także potrzeby i aspiracje współczesnego społeczeństwa Szczecina i regionu. Postulowana jest we wspomnianej placówce wyraźna specjalizacja w dziedzinie

rehabilitacji medycznej, zwłaszcza kardiologicznej i neurologicznej. Na jej zasadność wskazują kompetentne środowiska lekarskie i naukowe naszego miasta.

Trwająca reforma systemu opieki zdrowotnej zwraca uwagę na jakość usług medycznych. Funkcjonują już określone kryteria nowoczesności szpitala. W tej sytuacji szpitale mogą ubiegać się o przyznanie certyfikatu jakości, natomiast uzyskana już jakość podlega procesom stałego monitorowania. W przypadku szpitala Św. Karola Boromeusza, w jego proponowanym profilu specjalizacji, wolę współpracy zadeklarowały już Władze Pomorskiej Akademii Medycznej, Polskie Towarzystwo Kardiologiczne i Polskie Towarzystwo Neurochirurgów. Daje to możliwość uczynienia z tej placówki medycznej poważnego ośrodka badawczo-rozwojowego, co mogłoby znacznie wpłynąć na wzrost potencjału naukowego Szczecina w wymiarze osobowym i instytucjonalnym. Misję współczesnego szpitala określa także jego funkcja edukacyjna względem pacjentów, którzy w sposób bardziej świadomy powinni współuczestniczyć w procesach rehabilitacyjnych.

Katolicki, czyli powszechny, charakter opisywanej placówki medycznej, jej niekwestionowany historyczny dorobek, ofiarna praca Sióstr Boromeuszek jak i świadectwo Kapłana Męczennika, a także wola, aby ta placówka stanowiła odpowiedź na apel Sługi Bożego Jana Pawła II o wyobraźnię miłosierdzia, przyniosą wymierne korzyści społeczeństwu naszego miasta.

3. OPIS NIERUCHOMOŚCI

3.1 CHARAKTERYSTYKA OGÓLNA

Przedmiotowa nieruchomość – byłý szpital św. Karola Boromeusza w Szczecinie -położona jest w obrębie śródmieścia Szczecina, pomiędzy ulicami: Ks. Stanisława Staszica, St. Herakliusza Lubomirskiego i Ofiar Oświęcimia. Dojazd od strony centrum Szczecina Aleją Wyzwolenia.

Dostęp do przedmiotowej nieruchomości jest od strony ulicy Wyzwolenia. Wjazd na nieruchomość jest poprzez bramę wjazdową metalową, dwuskrzydłową, przy której posadowiony jest budynek portierni.

Od strony ulic Wyzwolenia i Lubomirskiego część nieruchomości znajdująca się na działce nr 26/5 ogrodzona jest ogrodzeniem metalowym zamontowanym na słupach murowanych na podmurówce.

Wjazd na działkę jest drogą wewnętrzną utwardzoną asfaltem, która prowadzi do kilku wejść w budynku głównym (dawnego szpitala) o numerze ewidencyjnym 72. Przed tym budynkiem droga rozszerza się i stanowi plac.

Wzdłuż drogi wjazdowej tuż za budynkiem portierni znajduje się basen przeciwpożarowy, betonowy, ogrodzony ogrodzeniem z siatki stalowej w ramach z kątownika zamocowanych na słupkach stalowych.

Od strony ulicy Ofiar Oświęcimia znajduje się teren zielony z trawnikami, krzewami, drzewami owocowymi i innymi drzewami liściastymi.

Przed budynkiem głównym znajduje się altana drewniana połączona z terenem do odpoczynku i rzeźbą patrona – św. biskupa Karola Boromeusza.

Wzdłuż ogrodzenia biegnącego z ulicą Lubomirskiego rosną krzewy liściaste.

W centrum działki nr 26/5 posadowiony jest budynek główny szpitala św. Karola Boromeusza dwu-bryłowy trzy i cztero kondygnacyjny.

Od strony południowej szpital sąsiaduje z ogrodem rekreacyjnym o czytelnym funkcjonalnym układzie komunikacyjnym (ścieżki spacerowe,

zatoczki rekreacyjne z zachowanym cennym starodrzewem m.in. magnolie, wierzba).

Decyzją nr KL.3-5340/88/90 z dnia 21.06.1990 roku cały zespół szpitalno-ogrodowy przy Al. Wyzwolenia 52 w Szczecinie został wpisany do rejestru zabytków województwa szczecińskiego pod numerem rejestru A 1132. Pod ochroną znajdują się budynki, ogrodzenie i nasadzenia.

Za budynkiem głównym znajduje się plac i droga wewnętrzna okalająca ten budynek, a granica działki nr 26/5 biegnie wzdłuż krawędzi wysokiej skarpy, która jest porośnięta zielenią.

Poniżej skarpy od strony ulicy Lubomirskiego znajduje się działka nr 26/4, na której posadowiony jest budynek administracyjny – dawny sierociniec - z częścią, w której znajduje się węzeł ciepły.

Dostęp do tej działki jest od strony działki nr 26/5 poprzez schody betonowe (w złym stanie), które schodzą w dół skarpy.

Od strony ul. Lubomirskiego wzdłuż krawędzi skarpy zamontowana jest barierka stalowa.

Teren działki nr 26/5 od ulicy Wyzwolenia opada stromo w kierunku ulicy Staszica, jedynie z jednej strony teren pod samym budynkiem głównym jest lekko wyniesiony w stosunku do ulicy Wyzwolenia.

Od strony ulicy Staszica nieruchomość ogrodzona jest ogrodzeniem metalowym w ramach metalowych z kątowników osadzonych na słupkach stalowych. W ogrodzeniu jest brama wjazdowa.

Nawierzchnia placu który znajduje się przed budynkiem jest w złym stanie. Część działki od strony ulicy Lubomirskiego za garażem blaszanym jest porośnięta zielenią. Za garażem znajduje się piwnica, której mury częściowo wystają ponad poziom gruntu. Nad tym budynkiem i nad drogą wewnętrzną z kostki kamiennej przebiega łącznik łączący budynek główny poszpitalny z budynkiem administracyjnym znajdującym się na działce nr 26/4.

Budynki trafostacji znajdują się od strony ulicy Ofiar Oświęcimia.

Budynek podziemny znajduje się od strony ulicy Ofiar Oświęcimia.

3.2 BUDYNEK GŁÓWNY SZPITALA

Budynek główny szpitala stanowił w przeszłości zespół szpitalno-opiekunicy sióstr Boromeuszek. Wybudowano go, wraz ze znajdującym się w jego obrębie kościołem w latach 1910-1911. Budynek główny wraz z kościołem został zachowany do dziś. Budynki architekturą nawiązują do baroku śląskiego. Budynek jest o rozbudowanej bryle, w kształcie otwartej od południa (od frontu) podkowy, trzy i cztero-kondygnacyjny, wzniesiony z cegły.

Wnętrze częściowo zostało zmienione, zwłaszcza sam kościół.

Budynek o konstrukcji tradycyjnej o układzie nośnym mieszanym. Ściany nośne murowane z cegły na zaprawie cementowo-wapiennej. Budynek podpiwniczony. Stropy wylewane żelbetowe i ceramiczne. Klatka schodowa żelbetowa. Stropodach dwuwarstwowy z pokryciem papowym.

Budynek podzielony jest na część A i część B.

Część A budynku jest trzy kondygnacyjna z piwnicami (parter, I piętro, II piętro).

Budynek A mieści: magazyny, szatnie, stołówkę wraz z zapleczem kuchennym, pomieszczenia techniczne, pomieszczenia socjalne, pomieszczenia gospodarcze, gabinety lekarskie, pokoje poradni, sanitariaty, ciemnie, dyżurki, sale chorych, sale operacyjne, pracownie.

Stan techniczny pomieszczeń można określić jako zły, do remontu.

Część B budynku jest czterokondygnacyjna z piwnicami (parter, I piętro, II piętro, III piętro).

Budynek B mieści: szatnie, magazyny, gabinety, pomieszczenia techniczne, pomieszczenia gospodarcze, pomieszczenia socjalne, sale chorych.

Stan techniczny pomieszczeń można określić, do remontu.

Powierzchnia użytkowa budynku A wynosi 2 562,44 m².

Powierzchnia użytkowa budynku B wynosi 1 870,37 m².

Razem powierzchnia budynku głównego wynosi 4 432,81 m².

3.3 BUDYNEK ADMINISTRACYJNY

Budynek administracyjny – dawny sierociniec - połączony z węzłem cieplnym posadowiony jest na działce nr 26/4.

Budynek usytuowany jest na niższej części terenu byłego szpitala, między skarpią, a budynkiem węzła cieplnego, wzdłuż ulicy Lubomirskiego.

Budynek administracyjny jest to budynek czterokondygnacyjny, o konstrukcji tradycyjnej, murowany, w układzie konstrukcyjnym podłużnym trzy traktowym. Ławy fundamentowe- betonowe, mury fundamentowe – z cegły pełnej na zaprawie cementowej. Ściany zewnętrzne z dziurawki, ściany wewnętrzne z cegły pełnej. Stropy prefabrykowane żelbetowe. Budynek podpiwniczony. Klatka schodowa betonowa. Dach z płytek korytkowych żelbetowych, na ściankach ażurowych, murowanych. Dach płaski, pokryty papą.

Budynek administracyjny składa się z wysokiej piwnicy, parteru i dwóch pięter.

Budynek ten mieści: pomieszczenia techniczne, pomieszczenia gospodarcze, pomieszczenia socjalne, magazyny, laboratoria, pracownie.

Stan techniczny pomieszczeń można określić jako zły, do remontu.

Powierzchnia użytkowa budynku wynosi 1 117,95 m². W tym komunikacja wynosi 226,73 m².

Budynek administracyjny połączony jest z budynkiem głównym łącznikiem.

Do budynku dobudowany jest węzeł cieplny.

3.4 WĘZEŁ CIEPLNY

Jest to budynek jednokondygnacyjny, z dachem płaskim z lekkim spadkiem, pokrytym papą. W budynku posadzka jest betonowa, na ścianach lamperia do połowy wysokości ścian. W sanitariatach stare kafelki na ścianach i podłodze.

Budynek węzła cieplnego składa się z: kotłowni, sanitariatów i pomieszczeń technicznych.

Razem powierzchnia użytkowa 242,00 m²

3.5 ŁĄCZNIK

Łącznik jest pod kątem w kierunku budynku administracyjnego. Fundamenty budynku to dwa filary żelbetowe posadowione na stopach. Stropodach został wykonany z płyt korytkowych typowych. Ściany łącznika wyłożone są płytami perforowanymi, podłoga wyłożona wykładziną PCV.

Powierzchnia użytkowa łącznika wynosi 79,70 m².

3.6 BUDYNEK PODZIEMNY

Budynek podziemny o nr ewidencyjnym 74 posadowiony jest na działce nr 26/3 oraz częściowo wchodzi na działkę nr 26/5.

Budynek składa się z podziemnej bryły głównej. Obiekt został wzniesiony na początku ubiegłego stulecia, w tradycyjnej technologii ścian murowanych z cegły ceramicznej, stropu ceramicznego Kleina na belkach stalowych. Budynek jednopiętrowy w całości w części podziemnej. W budynku można wydzielić sześć pomieszczeń o wysokości ok. 3 m. i 6 m.

obecnie budynek nie jest użytkowany, w przeszłości pomieszczenia były prawdopodobnie wykorzystywane jako magazynowe.

Budynek w całości zagłębiony jest pod ziemią, nad budynkiem urządzono utwardzony o nawierzchni bitumicznej plac z dojazdem do sąsiednich budynków szpitalnych oraz w części parking samochodowy.

3.7 ALTANA

Altana (nr ewidencyjny 81) posadowiona jest na działce nr 26/5 i jako integralna część zespołu szpitalno-ogrodowego została wpisana decyzją nr KL.3-5340/88/90 z dnia 21.06.1990 roku do rejestru zabytków województwa szczecińskiego pod numerem rejestru A 1132.

Altana jest drewniana, na podmurówce ceglanej. Dach płaski, drewniany kryty papą. Z trzech stron jest przeszklona.

Powierzchnia użytkowa altany wynosi około 36,80 m².

3.8 PORTIERNIA

Budynek portierni o numerze ewidencyjnym 73 posadowiony jest na działce nr 26/5. Jest to budynek jednokondygnacyjny, murowany o konstrukcji

monolitycznej. Dach płaski, kryty papą. Stolarka okienna stara drewniana, stolarka drzwiowa drewniana.

Powierzchnia użytkowa budynku wynosi około 8,50 m².

3.9 GARAŻ

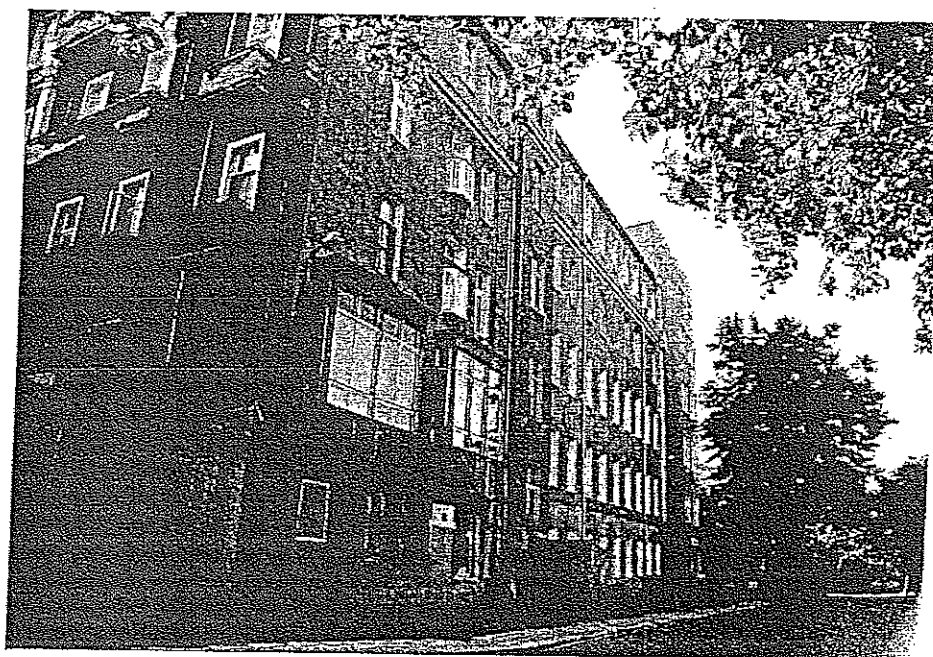
Wzdłuż granicy z ulicą Lubomirskiego znajduje się blaszany garaż (nr ewidencyjny 76) obrośnięty dzikim winem.

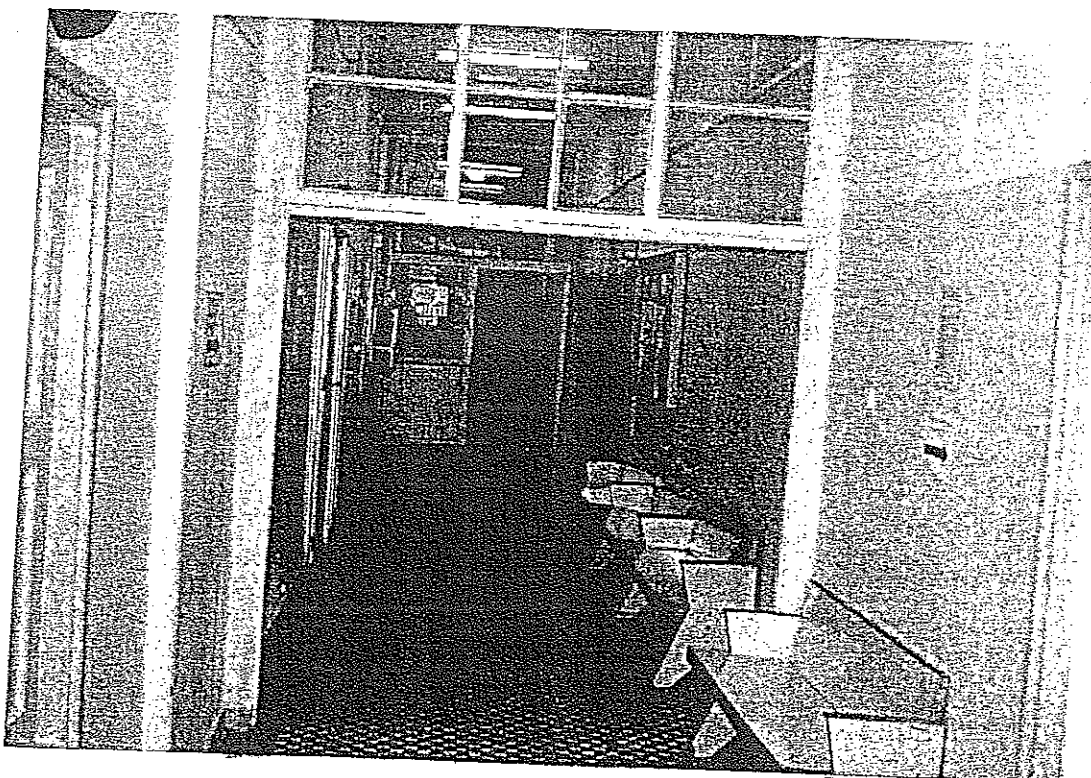
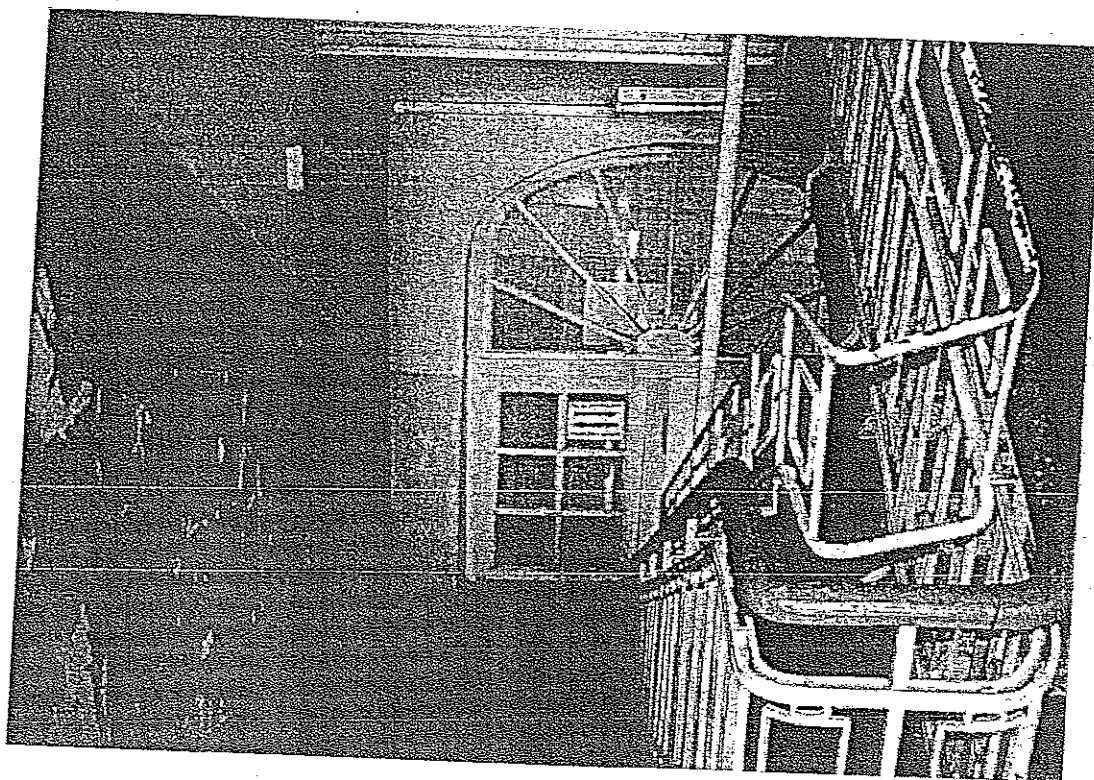
Powierzchnia użytkowa garażu wynosi około 96 m².

3.10 BUDYNKI TRAFOSTACJI

Budynek trafostacji (nr ewidencyjny 82) posadowiony jest na działce nr 26/6, powierzchnia użytkowa trafostacji wynosi około 142 m².

Budynek trafostacji (nr ewidencyjny 84) posadowiony jest na działce nr 26/10, powierzchnia użytkowa trafostacji wynosi około 71 m².





4. OCENA ZAPOTRZEBOWANIA NA ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNE W SZCZECINIE

Na potrzeby wczesnej rehabilitacji i opieki długoterminowej konieczne jest stworzenie w Szczecinie. (1)

- 100 łóżek neurologicznych i neurochirurgicznych
- 50 łóżek ortopedycznych
- 25 łóżek kardiologicznych
- 25 łóżek kardiochirurgicznych

W województwie zachodniopomorskim i lubuskim w strukturze osób niepełnosprawnych wyraźnie dominują osoby w wieku 30-69 lat (ponad 64%), zaś istotnie mniejszy jest odsetek młodych (2,7%), ale też najstarszych osób niepełnosprawnych (26,9%).(5)

Osoby, które są zarówno niepełnosprawne prawnie, jak i biologicznie tworzą najliczniejszą grupę osób niepełnosprawnych(...) do 53% w województwie zachodniopomorskim.

Analiza wymienionych poniżej źródeł i raportów upoważnia do formułowania potrzeb na polu rehabilitacji w naszym regionie.

4.1 NEUROLOGIA I NEUROCHIRURGIA

W Polsce rejestruje się około 60 000 nowych zachorowań na udar rocznie. Współczynnik niepełnosprawności chorych po udarze w Polsce - 70%

We wczesnym okresie udaru każdy chory powinien być traktowany tak, jakby miał szansę odzyskać pełną sprawność.

Największą skuteczność rehabilitacji można osiągnąć, planując ją dla każdego chorego i prowadząc z udziałem wielospecjalistycznego zespołu rehabilitacyjnego i rodziny.

Jednym z celów, do osiągnięcia których przed 2005 rokiem zobowiązuje kraje członkowskie "Deklaracja Helsingborska" jest "dostęp do opieki w

wyspecjalizowanych oddziałach leczenia udaru lub opieki ze strony zespołów udarowych" dla wszystkich chorych.

Na podstawie danych epidemiologicznych szacuje się, że liczba oddziałów rehabilitacji, prowadzących wczesną kompleksową rehabilitację poudarową powinna wynosić w Polsce około 80 (ok. 1/500 000 mieszkańców).

W ramach Programu POLKARD 2006-2008 zgodnie z "mapą potrzeb" wczesnej rehabilitacji po udarach mózgu w Polsce powinny być finansowane wydatki związane z adaptacją pomieszczeń oraz doposażeniem w specjalistyczny sprzęt rehabilitacyjny.

Takie kompleksowe działania powinny dotyczyć pododdziałów udarowych rehabilitacyjnych oraz ośrodków wczesnej rehabilitacji neurologicznej.

Tylko w 14% oddziałów neurologicznych oraz 10% oddziałów rehabilitacyjnych w Polsce stosowana jest wczesna kompleksowa rehabilitacja poudarowa. Poprawa w zakresie dostępności do kompleksowej rehabilitacji w Polsce jest niezbędna do zmniejszenia liczby osób niepełnosprawnych wśród pacjentów po przebytym udarze. Chorzy ze schorzeniami narządu ruchu i towarzyszącymi chorobami serca powinni być usprawniani przez zespoły rehabilitacji ortopedycznej lub neurologicznej przy współpracy kardiologów (2,3,4).

Udar mózgu jest trzecią co do częstości przyczyną zgonu w Polsce oraz główną przyczyną ciężkiego kalectwa. Powoduje ogromne bezpośrednie i pośrednie koszty społeczne związane przede wszystkim z leczeniem szpitalnym, nieobecnością w pracy, a także koniecznością wypłacania świadczeń rentowych. Spośród osób, które przeżyły 6 miesięcy od udaru, u 48% utrzymuje się niedowład połowiczy, 22% nie chodzi samodzielnie, a 24-53% wymaga całkowitej lub częściowej pomocy w codziennych czynnościach.

W wielu krajach świata notuje się systematyczny spadek umieralności i nieprawności związanej z udarem mózgu. W Polsce tendencji tej, niestety, się nie obserwuje. Rekomendacje Narodowego programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu z 2003 roku zalecają rehabilitację w oddziałach udarowych prowadzoną przez siedem dni w tygodniu przed i po południu.

W tym czasie chory powinien otrzymać niezbędne zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny. Konieczna jest również edukacja rodziny.

Deklaracja Helsingborska z 1995 roku zawiera wytyczne dotyczące rehabilitacji osób we wczesnym okresie udaru mózgu „każdy pacjent powinien mieć dostęp do opieki rehabilitacyjnej bez uprzedniej selekcji” oznacza to niezależnie od pici, wieku i przebiegu udaru (5) oraz, że każdy chory już w pierwszych dniach udaru powinien być oceniony przez specjalistę rehabilitanta i mieć ustalony plan dalszej rehabilitacji.

Udar mózgu jest stanem zagrożenia życia i powinien być traktowany przez wszystkie służby medyczne jako wymagający natychmiastowej pomocy i szybkiego postępowania według określonych zasad, podobnie jak w ostrym zawale serca

SYTUACJA W REGIONIE ZACHODNIOPOMORSKIM

Niedomoga krążenia mózgowego krwi z następowym inwalidztwem ruchowo-neurologicznym występuje po udarach mózgu, urazach, chorobach nowotworowych, chorobach zwyrodnieniowych a także w przypadkach wad rozwojowych. Do tego dołącza się cały szereg wrodzonych i okołoporodowych uszkodzeń. Chorzy dotknięci wymienionymi chorobami leczeni są w stanie ostrym w 13 oddziałach i klinikach neurologicznych i neurochirurgicznych województwa zachodniopomorskiego. Przy założeniu średniej hospitalizacji 2-2.5 tygodniowej w tej fazie choroby zasadne jest posiadanie bazy rehabilitacyjnej i dla przewlekle chorych dla tej ich liczby opartej na wyjściu odnoszącym się do tego okresu wczesnego diagnostyczno – stabilizującego, odnoszącej się do okresu 2-2.5 mies. dla każdego. Bowiem liczba łóżek dla chorych w okresie rekonwalescencyjno – rehabilitacyjnym powinna być większa niż dla chorych okresu wczesnego!. Daje to liczbę logicznie sensowną kilkakrotnie większą niż posiadana w 13 oddziałach naszego województwa. Tymczasem rehabilitacja i leczenie przewlekle odbywa się tu w 4 oddziałach. Stan ich to stan stałego przepełnienia a kolejki są bardzo długie...Chorzy są wmuszani nieprzygotowanym rodzinom, na siłę wypisywani lub zalegają w kosztownych oddziałach ‘ostrych’ cennych finansowo i zablokowanych

przed udzielaniem pomocy ratującej życie chorym w stanach nagłych. Powoduje to sytuację stresową i frustrującą społeczeństwo i personel medyczny tych oddziałów, a także naraża niesprawiedliwie na represje prawne i szykany prasowe.

Opisana sytuacja jest wynikiem stanu systemu ogólnopolskiego na który żaden rząd nie miał do tej pory pomysłu ale to nie wyklucza, aby gdzieś np. w Szczecinie nie można było przełamać niemocy i nie wprowadzić systemu pilotażowego.

Liczba szacunkowych potrzeb w zakresie opieki rehabilitacyjnej i długoterminowej - nad chorymi z uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego rehabilitacyjnej i długoterminowej powinna opierać się o system zdrowienia 2x2x2 (2 tygodnie intensywnej terapii stabilizującej, 2 miesiące wczesnej rehabilitacji, 2 lata reedukacji, resocjalizacji, readaptacji).

Szczecin i województwo nie posiadają wydolnego a nawet minimalnego zabezpieczenia w tym zakresie. Potrzeby dla osiągnięcia minimum dla tej części województwa w części mogłoby zaspokoić około 100 łóżek neurologiczno - neurochirurgicznych, 50 ortopedycznych, 50 kardiologiczno kardiologicznych.

ORGANIZACJE USTANAWIAJĄCE STANDARDY I ZALECENIA POSTĘPOWANIA W SPRAWIE LECZENIA I REHABILITACJI:

- American Heart Association
- Deklaracja Helsingborgska
- Europejska Federacja Towarzystw Neurologicznych
- Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Udaru

4.2 KARDIOLOGIA I KARDIOCHIRURGIA

W Polsce rocznie hospitalizowanych z powodu ostrych zespołów wieńcowych OZW jest ok. 140 000 pacjentów

W Szczecinie SPSK2: ok. 2000

W województwie: 6200 (p. wykresy poniżej)

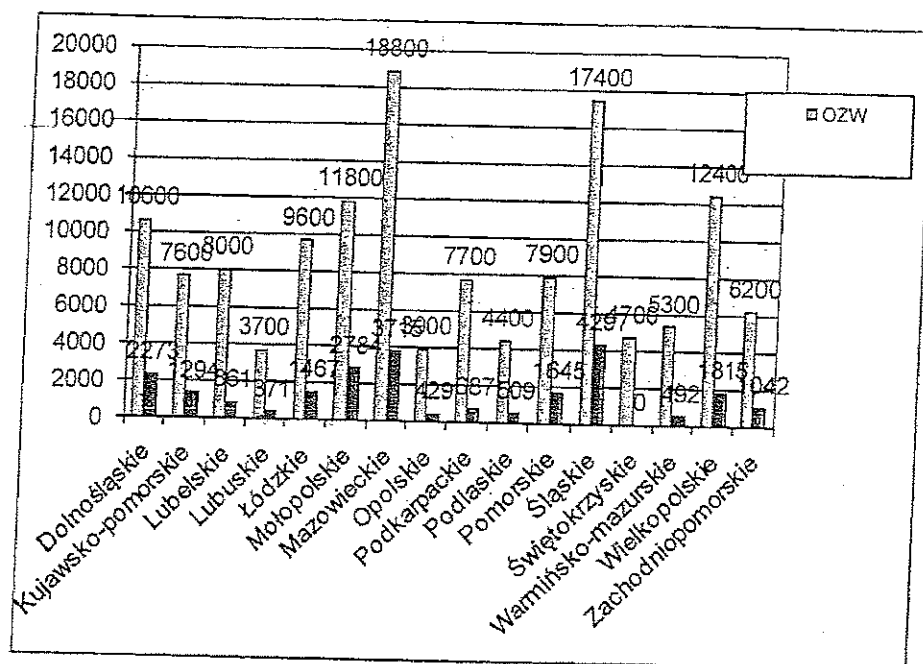
Ocena stanu rehabilitacji kardiologicznej w Polsce w 2008 roku
(<http://www.polkard.org>)

LICZBA REHABILITOWANYCH PACJENTÓW W ROZMIESZCZENIU GEOGRAFICZNYM

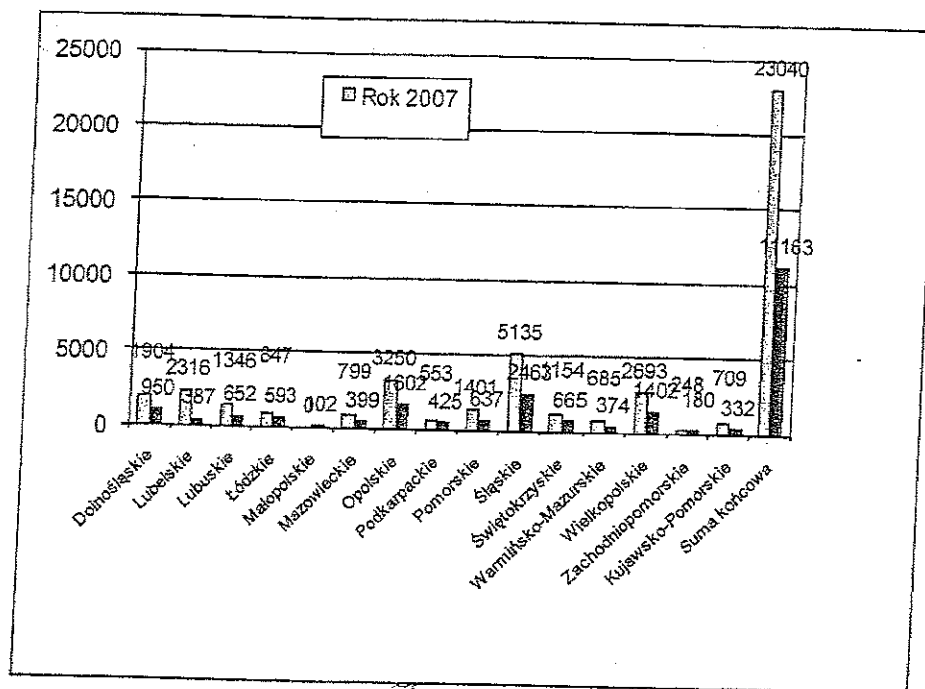
Najwięcej pacjentów w 2007 roku rehabilitowanych było w ośrodkach położonych na południu kraju: w województwie śląskim (5 135), opolskim (3 250), wielkopolskim (2 693) oraz lubelskim (2 316), najmniej w województwie zachodniopolskim (248) i małopolskim (0). Przeanalizowano również ilość rehabilitowanych pacjentów poddanych stacjonarnej rehabilitacji kardiologicznej w I połowie 2008 roku ze względu na miejsce zamieszkania

DOSTĘPNOŚĆ DO REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ W POSZCZEGÓLNYCH WOJEWÓDZTWACH W 2007 R. (STOSUNEK LICZBY PACJENTÓW PODDANYCH REHABILITACJI W ODNIESIENIU DO ŁĄCZNEJ LICZBY OSTRYCH ZESPOŁÓW WIĘNCOWYCH ORAZ OPERACJI KARDIOCHIRURGICZNYCH)

Na podstawie uzyskanych danych można stwierdzić, że procentowa dostępność do stacjonarnej rehabilitacji kardiologicznej w Polsce jest nadal bardzo niska (średnio 17 %) i ogromnie zróżnicowana w zależności od regionu, od 74% w województwie opolskim, do zaledwie 3% w województwie zachodniopomorskim.



Tab.1.Liczba ostrych zespołów wieńcowych OZW oraz ilość operacji kardiologicznych wykonanych w 2007 r. w poszczególnych województwach w Polsce(3)



Tab.2 Liczba pacjentów poddanych stacjonarnej rehabilitacji kardiologicznej w poszczególnych województwach w Polsce w roku 2007 i pierwszej połowie 2008 roku(3)

(...)Programy promocji zdrowia i profilaktyki na terenie województwa nie mają charakteru systemowego i ciągle są niedostatecznie finansowane. Niepokojąca jest marginalizacja zadań związanych z profilaktyką i promocją zdrowia w systemie ubezpieczenia zdrowotnego.

Restrukturyzacja w ochronie zdrowia polega na redukcji zasobów ochrony zdrowia wynikających z ich dostosowania do potrzeb zdrowotnych. Do obszarów restrukturyzacji należą: zatrudnienie, modernizacje, inwestycje, doposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, przekształcenia organizacyjne oraz likwidacja albo integracja części lub całości zakładów opieki zdrowotnej. Kierunki restrukturyzacji przyjęte w strategii sektorowej w ochronie zdrowia dla województwa zachodniopomorskiego przyniosły między innymi następujące efekty: szybki rozwój instytucji lekarza rodzinnego, zwiększony

dostęp do usług specjalistycznych, przekształcenie łóżek krótkoterminowych w długoterminowe, poprawę wykorzystania łóżek i skrócenie czasu hospitalizacji oraz poszerzenie oferty świadczeń przez uruchomienie dziennych oddziałów zabiegowych i diagnostycznych, a także wdrażanie nowych form leczenia środowiskowego.

Niezbędne jest wprowadzenie zmian w sieci publicznych zakładów opieki zdrowotnej, a także opracowanie planu rozmieszczenia szpitali i wysoko specjalistycznej aparatury medycznej (7)

IDENTYFIKACJA KLUCZOWYCH PROBLEMÓW:

- Niewystarczający i nierównomierny dostęp do usług zdrowotnych.
- Niewystarczająca opieka długoterminowa i paliatywna.
- Niedostateczna promocja zdrowia i profilaktyka.
- Zły stan techniczny infrastruktury i aparatury oraz sprzętu medycznego w wielu zakładach opieki zdrowotnej.
- Zbyt mała i niefunkcjonalna baza lokalowa zakładów opieki zdrowotnej w kontekście medycznych standardów unijnych.
- Niedostateczny i niestabilny poziom finansowania opieki zdrowotnej.

- Dostosowanie warunków udzielania świadczeń zdrowotnych do nowego wspólnotowego programu działań w dziedzinie zdrowia publicznego

KIERUNKI ROZWOJU OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE WYSOKOSPECJALISTYCZNYCH SPECJALNOŚCI ZABIEGOWYCH W WOJEWÓDZTWIE ZACHODNIOPOMORSKIM NA LATA 2009-2013.(7)

- Str.43. pkt.4 - Udrożnienie i upłynnienie ruchu pacjentów po ostrym okresie leczenia w oddziałach wysokospecjalistycznych poprzez zapewnienie ciągłości leczenia w oddziałach rehabilitacji leczniczej i opieki długoterminowej
- Str.52 pkt.1. - Rozwijanie rehabilitacji leczniczej pooperacyjnej oraz opieki długoterminowej na potrzeby kontynuacji leczenia rozpoczętego w ośrodkach o najwyższym poziomie referencyjności.
- W podsumowaniu str.58 - (...)Aby uzyskać optymalne efekty leczenia pacjenci powinni mieć możliwość kontynuowania terapii w ośrodkach rehabilitacji medycznej należałoby wypracować model zachowania procesu ciągłości opieki zdrowotnej bezpośrednio po wypisaniu z oddziału wysokospecjalistycznego (...)Odzyskana i zachowana sprawność (...) odciążą systemy rentowe i pomocy społecznej (7).

4.3 ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA

Pacjenci urazowo-ortopedyczni stanowią największą grupę (70%) pacjentów usprawnianych rehabilitacyjne.

Zapotrzebowanie na usługi rehabilitacyjne w Szczecinie można szacować na podstawie ilości wykonanych operacji w obrębie narządu ruchu.

- Kliniki Ortopedii i Traumatologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr1 w Szczecinie - w 2009 roku wykonano 2000 zabiegów z zakresu ortopedii i traumatologii.
- Szpitala Zdunowo - oddział V chirurgii urazowo-ortopedycznej w 2009 roku wykonano 2700 zabiegów z zakresu ortopedii i

traumatologii; oddział VI chirurgii urazowo-ortopedycznej w 2009 roku wykonano 2000 zabiegów z zakresu ortopedii i traumatologii. Razem 6700 zabiegów operacyjnych.

W większości przypadków pacjenci wymagają dalszej rehabilitacji.

Ilość placówek rehabilitacyjnych w Szczecinie świadczących rehabilitację szpitalną w zakresie ortopedii i traumatologii – 0.

Jedynym oddziałem szpitalnym leczącym chorych z dysfunkcjami narządu ruchu jest Oddział reumatologii i rehabilitacji z oddziałem rehabilitacji dziennej w Szpitalu Wojewódzkim – średni czas oczekiwania na miejsce 12 tygodni i dłużej.

Dane opracowano na podstawie:

- Opinii zachodniopomorskich konsultantów wojewódzkich w zakresie neurologii, neurochirurgii, ortopedii i traumatologii oraz kardiologii
- Opinii Zespołu ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu (2000)
- Zespołu do spraw Przygotowania Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD 2006–2008 we współpracy z Radą Programu
- Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2006-2008
- Danych GUS
http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbr/gus/PUBL_stan_zdrowia_2004_teryt.pdf
- Dokumentu Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego) (projekt Kierunków rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie wysokospecjalistycznych specjalności zabiegowych w województwie zachodniopomorskim na lata 2009-2013)
- Strategii rozwoju województwa zachodniopomorskiego do roku 2020 opracowanej przez Sejmik wojewódzki
http://www.kiph.com.pl/sgd/wazne_informacje/strategia-zach.pdf

Ponadto:

- Członkowska A., Niewada M., Ryglewicz D., Sarzyńska-Długosz L., Kobayashi A.: Ocena zabezpieczenia chorych z udarem mózgu w zakresie dostępności pododdziałów udarowych w Polsce. *Neurol. Neurochir. Pol.* 2004, 38, 5, 353–360.
- World Health Organization Regional Office for Europe. PanEuropean Consensus Meeting on Stroke Management. Szwecja, Helsingborg 1996.
- Hacke W., Kaste M., Bogusslavsky J. i wsp. Postępowanie w udarze mózgu. Aktualne (2003) zalecenia *European Stroke Initiative*. *Medycyna Praktyczna* 2003, 11, 75–121.
- Grupa ekspertów NPPiLUM. Rekomendacje grupy ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu. Organizacja pododdziałów udarowych. *Neurol. Neurochir. Pol.* 2003, supl. 6, 11–15.
- Brainin M., Olesn T.S., Camorro A. i wsp.: Organization of stroke care: education, referral, emergency management and imaging, stroke units and rehabilitation. *European Stroke Initiative. Cerebrovasc. Dis.* 2004, 17 (supl. 2), 1–14.
- Członkowska A., Milewska D., Ryglewicz D.: The Polish experience in early stroke care. *Cerebrovasc. Dis.* 2003, 15 (supl. 1), 14–15.

Urząd Miasta Szczecin
BIURO RADY MIASTA

Dnia 2009-11-13

Wpłynęło,
L. dz.

Szczecin, dnia 13.11.2009r.

Urząd Miasta Szczecin
Sejmik Zastępcy Prezydenta Miasta

13-11-2009

Wpłynęło,
L. dz.

Sz.P.

Piotr Krzystek

Prezydent Miasta Szczecina
Szczecin

Szanowny Panie Prezydencie,

Zespół Ekspertów z różnych dziedzin medycyny powołany przez Kongregację Sióstr Miłosierdzia im. św. Karola Boromeusza w Trzebnicy w osobach: prof. dr hab. med.

Przemysław Nowackiego - Rektora PAM, a jednocześnie konsultanta

wojewódzkiego ds. neurologii i kierownika Kliniki Neurologicznej PAM prof. dr hab.

med. Ireneusza Kojdera - kierownika Kliniki Neurochirurgii PAM i konsultanta

wojewódzkiego ds. neurochirurgii, prof. dr hab. med. Jana Słószka - kierownika

Oddziału Neurochirurgii Szpitala

Wojewódzkiego w Szczecinie doc. dr hab. med. Mirosława Brykczynskiego -

kierownika Kliniki Kardiochirurgii PAM i

konsultanta wojewódzkiego do spraw kardiochirurgii,

doc. dr hab. med. Jarosława Kazimierczaka - konsultanta wojewódzkiego ds. kardiologii,

doc. dr hab. med. Andrzeja Bohatyrewicza - kierownika Kliniki Ortopedii PAM i

konsultanta wojewódzkiego ds. ortopedii oraz

prof. dr hab. med. Seweryna Wiechowskiego - emerytowanego kierownika Kliniki

Kardiochirurgii i Rektora PAM w latach 1990-1996

przetawia swoją opinię w zakresie potrzeb wczesnej rehabilitacji i opieki długoterminowej chorych po leczeniu klinicznym w/w specjalnościach.

Problem wczesnej rehabilitacji chorych po udarach mózgowych, zawałach mięśnia sercowego, po operacjach neurochirurgicznych, kardiochirurgicznych i ortopedycznych wymaga pilnego rozwiązania w naszym mieście. Wynika to z faktu, że do tej pory na terenie Szczecina brak jest odpowiednich warunków do wczesnej rehabilitacji tych chorych z chwilą wypisania ich z klinik i oddziałów wysokospecjalistycznych. Brak jest również łóżek dla chorych będących w ciężkim stanie i wymagających opieki długoterminowej. Przedłużanie

pobytu tych chorych w jednostkach wysokospecjalistycznych jest niemożliwe z uwagi na kolejkę chorych czekających na zwalnianie łóżka, jak też na miejsca dla nagłych przypadków wymagających pilnej interwencji często ratującej życie.

Według naszych obliczeń, na cel wczesnej rehabilitacji i opieki długoterminowej potrzeba w Szczecinie następującej liczby łóżek:

neurologii i neurochirurgii - 100 łóżek

ortopedii - 50 łóżek

kardiologii - 25 łóżek

kardiochirurgu - 25 łóżek

Wyrażamy też jednomyślnie opinię, że odpowiednie warunki do wczesnej rehabilitacji i opieki długoterminowej po leczeniu klinicznym mogą być stworzone na bazie byłego Szpitala Miejskiego przy al. Wyzwolenia 52 w Szczecinie. Za obiektem tym przemawiają funkcjonowanie w tym miejscu od stu lat placówki szpitalnej, klimat tego miejsca i przywiązanie do niego mieszkańców miasta.

Stanisław Nowak.

Tar. Ślósarek.

Mieczysław Bygoneski

Włodzisław.

Andrzej Polakiewicz

Sławomir Wielechowski

Dr. med. Stanisław Nowak

Przewodniczący Rady Miasta.
Krzysztof Andrzejewski

Klinika Neurochirurgii i Neurotraumatologii Oddziału
Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1
im. Prof. Tadeusza Kościuszki
71-252 Szczecin, ul. Unii Lubelskiej 1
tel./fax 91/425-32-36, 425-32-39, fax 425-32-46
IS-M-60063-04-1203-01-44-HE, REGON 000186891

URZĄD MARSZAŁKOWSKI
WYDZIAŁ ZDROWIA

WPRACOWANO
20-07-2009

Łość zał. L.O.
podpis

SAMODZIELNY PUBLICZNY
SZPITAL KLINICZNY N 1
P.A.M. w Szczecinie
Klinika Ortopedii i Traumatologii
71-252 Szczecin, ul. Unii Lubelskiej 1
tel./fax 91/425-32-36, 425-32-39, fax 425-32-46
IS-M-60063-04-1203-01-44-HE, REGON 000186891

Szczecin, 15.07.09r.

Pleno tytuło

Pan Marszałek Województwa Zachodniopomorskiego

Wielce Szanowny Panie Marszałku,

Korzystając z zaszczytu bycia przywołanymi w roli członków zespołów medycznych procedur wysokospecjalistycznych i przygotowując opracowania w odnośnym zakresie do 2013 r. już teraz z wyprzedzeniem pragniemy zwrócić uwagę na zagadnienie opieki rehabilitacyjnej i przewlekłej terapii.

Na terenie naszego województwa bezpośrednio po II Wojnie wskaźnik łóżek szpitalnych był wyróżniająco wysoki w porównaniu z resztą Kraju. To uściłło odpowiedzialnych i obecnie sytuacja jest zgoła inna. Nadto rozwój wysokiej specjalistyki i jej zasadna dostępność powoduje iż występuje blokada ośrodków świadczących te procedury. Brak jest płynnego i poprawnie zorganizowanego kontynuowania leczenia i prowadzenia długoterminowej rehabilitacji po leczeniu ostrym wysokospecjalistycznym. Nota bene Szpital Miejski w Szczecinie, który był i tak kropią w miastę potrzeb został ostatnio zamknięty a nowe miejsce w odległej dzielnicy miasta nadal nie jest sprawne i będzie niewydolne. Oddziały rehabilitacji nieliczne przecież nie akceptują chorych w stanie znacznej niesamodzielności. Pozostają dla nich domy rodzinne (rzadko kiedy gotowe z rozgoryczonymi na polityków rodzinami) i blokowanie kosztownych miejsc w oddziałach specjalistycznych tracących tym sposobem dyspozycyjność adnośnie nowych chorych.

Dlatego uważamy, że opracowanie planu organizacji i rozwoju wysokospecjalistycznej medycyny, z natury krótkoterminowej, muszą być tworzone spójnie z formowaniem sieci – systemu opieki rehabilitacyjnej i długoterminowej. W związku z tym postulujemy włączenie do prac Zespołu kolegów odpowiedzialnych za tę część ochrony zdrowia. Sprawa wydaje się bardzo pilna jakkolwiek nabrzmiewa od lat.

W tym zakresie, na który władze centralne rządowe nigdy nie miały pomysłu podobnie jak w odniesieniu do całej ochrony zdrowia, celowym jest uruchomienie wszystkich zasobów instytucjonalnych i nieinstytucjonalnych dlatego zwracamy się do Pana – Osoby społecznego wyboru i najbardziej predestynowanej do Jednoczenia sił regionu.

Konsultanci wojewódzcy

w Zakresie Neurochirurgii i Neurotraumatologii

w Zakresie Ortopedii i Traumatologii

Prof. dr hab. I. Kojder (przewodniczący zespołu)

Prof. dr hab. A. Bohatyrewicz

Prof. dr hab. J. Słószerek

Prof. dr hab. Jerzy Kojder
Konsultant Wojewódzki
dz. Neurochirurgii i Neurotraumatologii

Konsultant Wojewódzki w zakresie
Ortopedii i Traumatologii
Województwa Zachodniopomorskiego
Dr hab. n. med. Andrzej Bohatyrewicz
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1
71-252 Szczecin, ul. Unii Lubelskiej 1
tel./fax 91/425-32-37

PROGRAM UTWORZENIA CENTRUM OPIEKUŃCZO- LECZNICZEGO W SZCZECINIE.

W skład Centrum Opiekuńczo-Leczniczego wchodzi:

- Szpital Rehabilitacyjny
- Dom Pomocy Społecznej

5.1 KONCEPCJA SZPITALA REHABILITACYJNEGO

5.1.1 CELE DZIAŁANIA

- Świadczenie usług z zakresu rehabilitacji neurologicznej, kardiologicznej i narządu ruchu zgodnie z wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia
- Zapewnienie wysokospecjalistycznej pomocy medycznej w zakresie diagnostyki rehabilitacji dla mieszkańców Regionu Pomorza Zachodniego we współpracy i pod patronatem PAM
- Świadczenie usług w zakresie opieki długoterminowej
- Stworzenie bazy dydaktycznej dla studentów PAM
- Stworzenie miejsc pracy dla absolwentów PAM oraz innych

5.1.2 STRUKTURA SZPITALA

ODDZIAŁY

- Rehabilitacji Kardiologicznej
- Rehabilitacji Neurologicznej
- Rehabilitacji narządu ruchu (Ortopedia i Reumatologia)
- Opieki długoterminowej

Wszystkie pokoje chorych zostaną wyposażone w łazienki dostosowane dla osób niepełnosprawnych. W każdym oddziale przewidziane są następujące zespoły:

- lekarski
- pielęgniarzski
- rehabilitacyjny
- pomocniczy

ZAKŁAD REHABILITACJI

- Centrum planowania zabiegów
- Pracownia diagnostyki czynnościowej
- Pracownia funkcji poznawczych
- Kinezyterapia – sale gimnastyczne
- Fizykoterapia i masaże
- Hydroterapia
- Krioterapia
- Pracownia treningu kardiologicznego

POZOSTAŁE STRUKTURY

- Izba przyjęć
- Kuchnia-Jadalnia
- Apteka szpitalna
- Sale seminaryjne dla studentów
- Biblioteka
- Szatnie dla pacjentów, personelu, gości

ADMINISTRACJA

- Zarządzanie
- Kontrakty NFZ
- Finanse
- Statystyka medyczna
- Gospodarczy-techniczny

KOŚCIÓŁ

5.1.3 FORMA ORGANIZACYJNO-PRAWNA

- Świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej - Dziennik Ustaw z 2009 r. Nr 140 poz. 1145 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.
- Świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych - Dziennik Ustaw z 2009 r. Nr 140 poz. 1147 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia

2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

- Świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej - Dziennik Ustaw z 2009 r. Nr 139 poz. 1138 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.
- Załącznik nr 1. Wykaz jednostek chorobowych, w których są udzielane świadczenia gwarantowane w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej - Załącznik nr 2. Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej.

5.2 KONCEPCJA ZAKŁADU REHABILITACJI

5.2.1 ZAŁOŻENIA OGÓLNE DO BUDYNKU – PRZEWIDYWANE ELEMENTY

- Wejście główne z dodatkowym przejściem ze szpitala / łącznik
- Hol wejściowy z recepcją ogólną (przyjęcie pacjenta, skierowanie do właściwego działu, itp.) , szatnia ogólna, toalety ogólnodostępne, również NN
- Gabinet/ty lekarski/e dla pacjentów ambulatoryjnych
- Biuro obiektu i pomieszczenia socjalne personelu / WC, natryski

5.2.2 DZIAŁ FIZYKOTERAPII I MASAŻU

Przewidywane rodzaje stosowanych terapii:

- elektroterapia
- sonoterapia
- terapia skojarzona
- laseroterapia
- magnetoterapia
- termoterapia: krioterapia miejscowa, lampy solux , okłady ciepłe
- terapia falą uderzeniową
- diatermia mikrofalowa / krótkofalowa
- inhalacje

- masaż

oraz dod. wyposażenie:

- szatnia i WC/ WC NN,
- natryski dla pacjentów gabinetów masażu
- stanowiska przyjmowania pacjentów z niezbędnym oprzyrządowaniem

5.2.3 DZIAŁ KRIOTERAPII OGÓLNOUSTROJOWEJ

- kriokomora
- szatnia i WC/ WC NN
- stanowisko (ew. wydzielone) pomiaru ciśnienia
- pomieszczenie do części technicznej kriokomory / kaskady chłodniczej
- uwaga: zabieg łączny z kinezyterapią na ergometrach, itp.

5.2.4 DZIAŁ KINEZYTERAPII

- wydzielone pomieszczenie do indywidualnych ćwiczeń z obciążeniem przy wykorzystaniu urządzeń typu ergometry rowerowe, steppery, bieżnie, itp.
- wydzielone pomieszczenie do usprawniania leczniczego – indywidualne stanowiska UGUL, tablice do ćwiczeń manualnych, tory do nauki chodzenia, rotory, itp.
- pomieszczenie do ćwiczeń grupowych pod kierunkiem terapeuty
- stanowiska przyjmowania pacjentów z niezbędnym oprzyrządowaniem
- natryski higieniczne
- szatnia i WC/ WC NN
- możliwość kinezyterapii na zewnątrz

5.2.5 DZIAŁ HYDROTHERAPII

- zabiegi całkowite (wanny do masażu podwodnego automatycznego, wanny do natrysku podwodnego ręcznego)
- zabiegi częściowe (wirówki do kończyn górnych i dolnych)
- natryski lecznicze (bicie wodne)

- stanowisko przyjmowania pacjentów z niezbędnym oprzyrządowaniem
- natryski higieniczne
- szatnia i WC/ WC NN

5.2.6 WYPOCZYWALNIA OGÓLNA (SZCZEGÓLNIE DLA PACJENTÓW HYDROTERAPII I KINEZYTERAPII)

5.3 KONCEPCJA DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ

Dom Pomocy Społecznej ze względu na swoją funkcję według wstępnych opracowań projektowany jest w taki sposób, aby architektura budynku nie stwarzała barier dla przyszłych użytkowników, umożliwiała promowanie samodzielnego funkcjonowania przyszłych mieszkańców w jak największym stopniu. Ponadto musi stwarzać optymalne warunki do pracy dla personelu z jednoczesnym zachowaniem godności, intymności, a tym samym z możliwością sprawowania pełnej opieki nad mieszkańcami.

5.3.1 POMIESZCZENIA OGÓLNE

- administracja,
- kuchnia (bez stołówki) z pomieszczeniem do wydawania wózków z posiłkami,
- kaplica na ok. 30 osób ,
- świetlica duża ogólna z biblioteką na 100 osób,
- depozyt dla mieszkańców (rzeczowy),
- portiernia,
- gabinet medycznej pomocy doraźnej
- pokój gościnny ,
- pomieszczenia do rehabilitacji,
- wc ogólne
- punkt krawiecki,
- punkt fryzjerski
- pralnia
- gabinet lekarski i pielęgniarstwa

5.3.2 CZĘŚĆ POBYTOWA – ŁĄCZNIE OK. 100 OSÓB

- pokoje 2 osobowe o metrażu 15m² każdy z łazienką z natryskiem dostosowaną dla osób niepełnosprawnych,
- pokoje 1 osobowe o metrażu 10m² każdy z łazienką z natryskiem dostosowaną dla osób niepełnosprawnych,
- aneks jadalno – wypoczynkowy z dostępem do pomocniczej kuchenki dla mieszkańców,
- pralnia podręczna dla mieszkańców wyposażona w pralkę, suszarkę, deskę do prasowania, żelazko,
- dyżurka opiekunek z pomieszczeniem socjalnym dla pracowników i wc dla personelu
- łazienka ogólna z wanną do kąpieli osób obłożnie chorych,
- pomieszczenie do terapii zajęciowej,
- magazynek pościeli czystej,
- brudownik,
- magazynek do środków czystości i sprzętu do sprzątania,
- wózkownia dla wózków inwalidzkich,
- pokój przyjęć gości (dla mieszkańców mieszkających w pokojach 2 osobowych w przypadku odwiedzin rodziny, znajomych itp.)
- wc ogólne

5.3.3 STANDARD ARANŻACJI I WYPOSAŻENIA

Wszystkie pokoje mieszkalne będą dostosowane dla osób niepełnosprawnych i odpowiednio wyposażone tzn.:

- szerokość wszystkich drzwi w świetle co najmniej 100 cm,
- włącznik światła na wysokości 80 cm od podłoża (głównie dla osób na wózkach inwalidzkich),
- gniazda prądowe w każdym pokoju po jednym dla każdego z mieszkańców zlokalizowane blisko łóżka do podłączenia łóżka, materaca i lampki nocnej, wysokość gniazdek prądowych 20 cm od podłoża
- system przyzywowy zamontowany obok łóżka, tak aby mieszkaniec mógł bez problemów wezwać pomoc

- system przeciwpożarowy w każdym pomieszczeniu Domu również w pokoju – czujnik dymu
- pokój wyposażony dla każdego mieszkańca w łóżko szpitalne – budynek B,C,D , drewniane z barierkami ochronnymi sterowane pneumatycznie za pomocą pilota
- łóżka ustawione w taki sposób aby był swobodny dostęp do mieszkańca z każdej strony
- w budynku E tapczany o odpowiedniej wysokości dla mieszkańców bardziej sprawnych
- szafa ubraniowa dla każdego mieszkańca z podziałem wieszak, półki, stół dostosowany dla osób niepełnosprawnych na tzw. „kurzej łapie”, krzesło, szafka nocna lub szafka przyłóżkowa,
- aranżacja pokoju dostosowana do poruszania się na wózku inwalidzkim – kształt pokoju „kwadrat”

PODSTAWA PRAWNA:

Ustawa z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2009r., Nr 175, poz. 1362)

Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 października 2005r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. Nr 217,poz.1837)

6. STUDIUM ARCHITEKTONICZNO-BUDOWLANE INWESTYCJI

Inwestycja w aspekcie budowlanym w pierwszym etapie polegać będzie na ocenie stanu istniejącego, waloryzacji zastanej struktury pod kątem możliwości zabezpieczenia podstawowego programu funkcjonalnego szpitala, oceny stanu technicznego konstrukcji jak i instalacji. Na podstawie ekspertyz oszacowany będzie zakres robot budowlano instalacyjnych. W kolejnym etapie prac opracowana będzie koncepcja rozbudowy dla uzupełnienia oferowanego programu poprzez nowe obiekty takie jak: budynek fizjoterapii, dom opieki społecznej, a na terenie: parkingi, zagospodarowanie założenia parkowego, projekt małej architektury i obszarów rekreacji dla pacjentów.

Na podstawie koncepcji zostanie przygotowane wskaźnikowe zestawienie kosztów inwestycji co pozwoli zoptymalizować założenia przebudowy, celem uzyskania jak najekonomiczniejszego obrazu szpitala.

Na etapie prac projektowych, pod uwagę zostanie wzięta kwestia ekonomiki eksploatacji obiektu, zastosowanie źródeł energii ekologicznych, odnawialnych. Celem tych szeroko zakrojonych działań projektowych będzie uzyskanie obiektu, który wpisywać się będzie w najostrzejsze wymogi krajowe i unijne dla energooszczędności.

Równolegle będzie opracowywany program prac konserwatorskich. Pod opieką specjalistów zostanie przeprowadzona kwerenda w archiwach celem zgromadzenia i odtworzenia obrazu obiektu w jego oryginalnej artykulacji architektonicznej, ze szczególnym zwróceniem uwagi na elementy stylistyczne lokujące obiekt w odpowiednim kontekście historycznym.

Równorzędnym założeniem, do realizacji nowoczesnej instytucji służby zdrowia, będzie odtworzenie duchowego kontekstu obiektu, dzięki czemu finalnie obiekt będzie instytucja pochylająca się nad szerokim aspektem problemów pacjenta i przełamanie stereotyp szpitala jako miejsca nieprzychylnemu potrzebom proksemicznym czy duchowym człowieka.

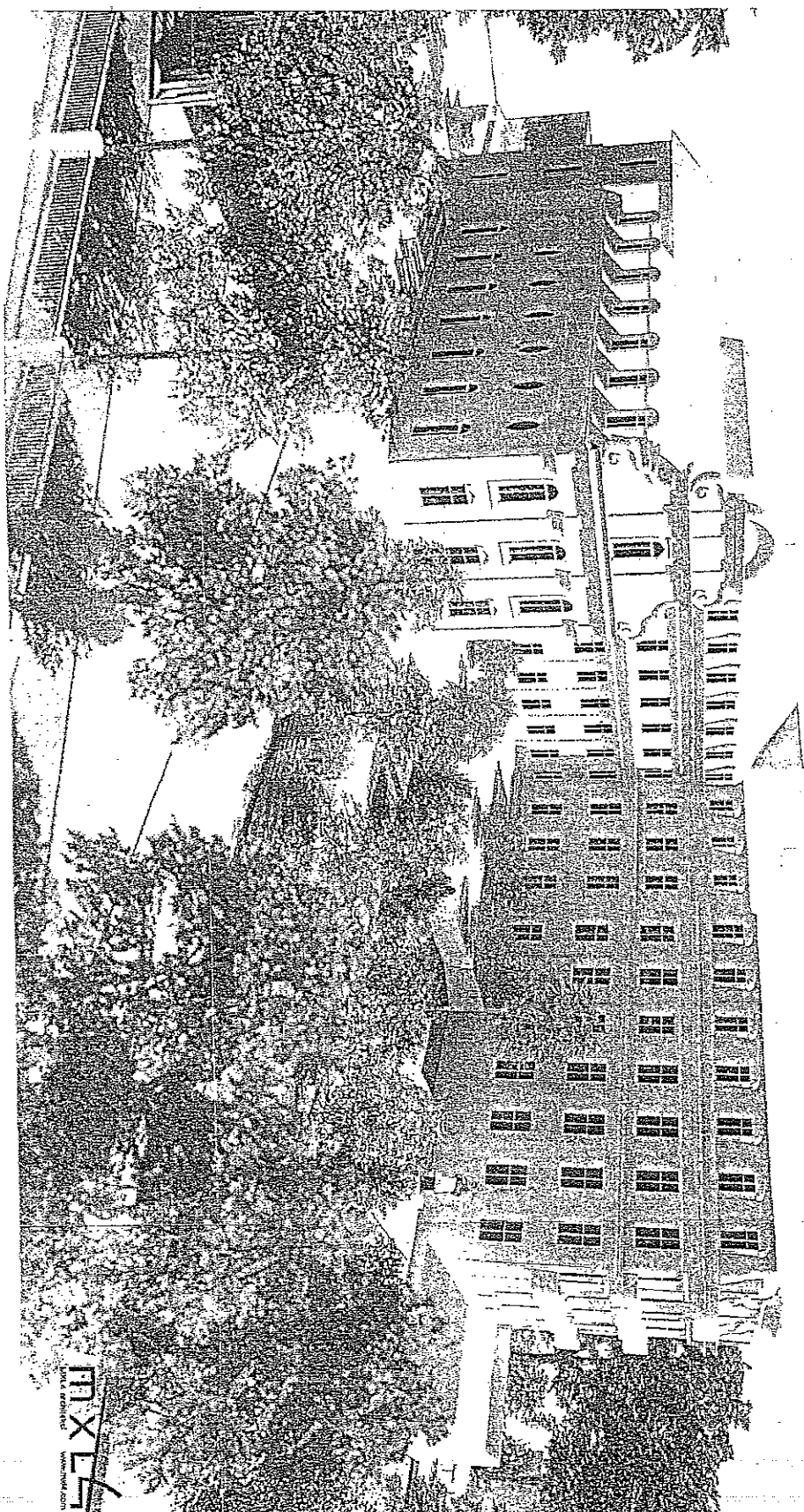
Obok głównej funkcji szpitalnej, zespół realizuje też szeroki wachlarz usług o charakterze socjalnym, utworzony zostanie m.in. dom pomocy społecznej w swoim historycznym miejscu.

Powyższe aspekty zostaną ujęte w obiekcie który w postaci projektu budowlano-architektonicznego zostanie złożony z wnioskiem o wydanie decyzji pozwolenia na budowę.

Na etapie projektu wykonawczego rozstrzygnięte zostaną finalnie szczegółowe kwestie budowlano instalacyjne i doprecyzowany będzie kosztorys. Szczególny nacisk zostanie położony na projekty wnętrz i zagospodarowania terenu jako te, które finalnie w największym stopniu decydują o odbiorze emocjonalnym obiektu przez pacjentów oraz stanowiące o przyjaznym i wspomagających specjalistów miejscu pracy.

Tego typu instytucja w mieście, współtworzyć będzie świadomość lokalna mieszkańców, a dzięki wielopłaszczyznowemu podejściu do zjawiska rehabilitacji tj. duchowym, społecznym i medycznym, stanie się atutem miasta w krzewieniu pozytywnych postaw społecznych.

Centrum Opiekuńczo-Lecznicze im. św. Karola Borromeusza w Szczecinie



MXL
JAN & KROCHMAL
www.mxl.pl

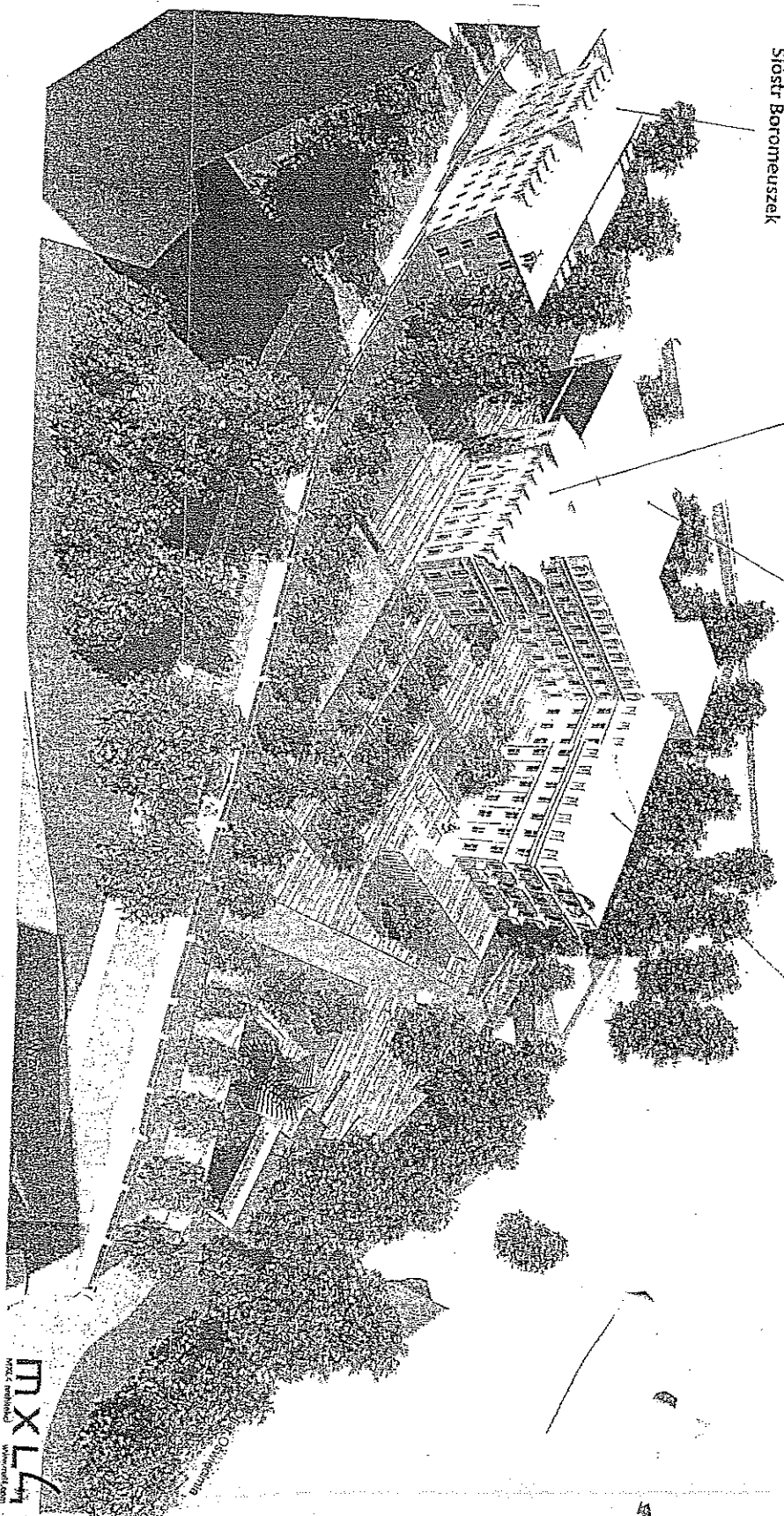
Centrum Opiekuńczo-Lecnicze im. św. Karola Boromeusza w Szczecinie

Dom Pomocy
Społecznej
z kłauzurą
Siostr Boromeuszek

Kościół

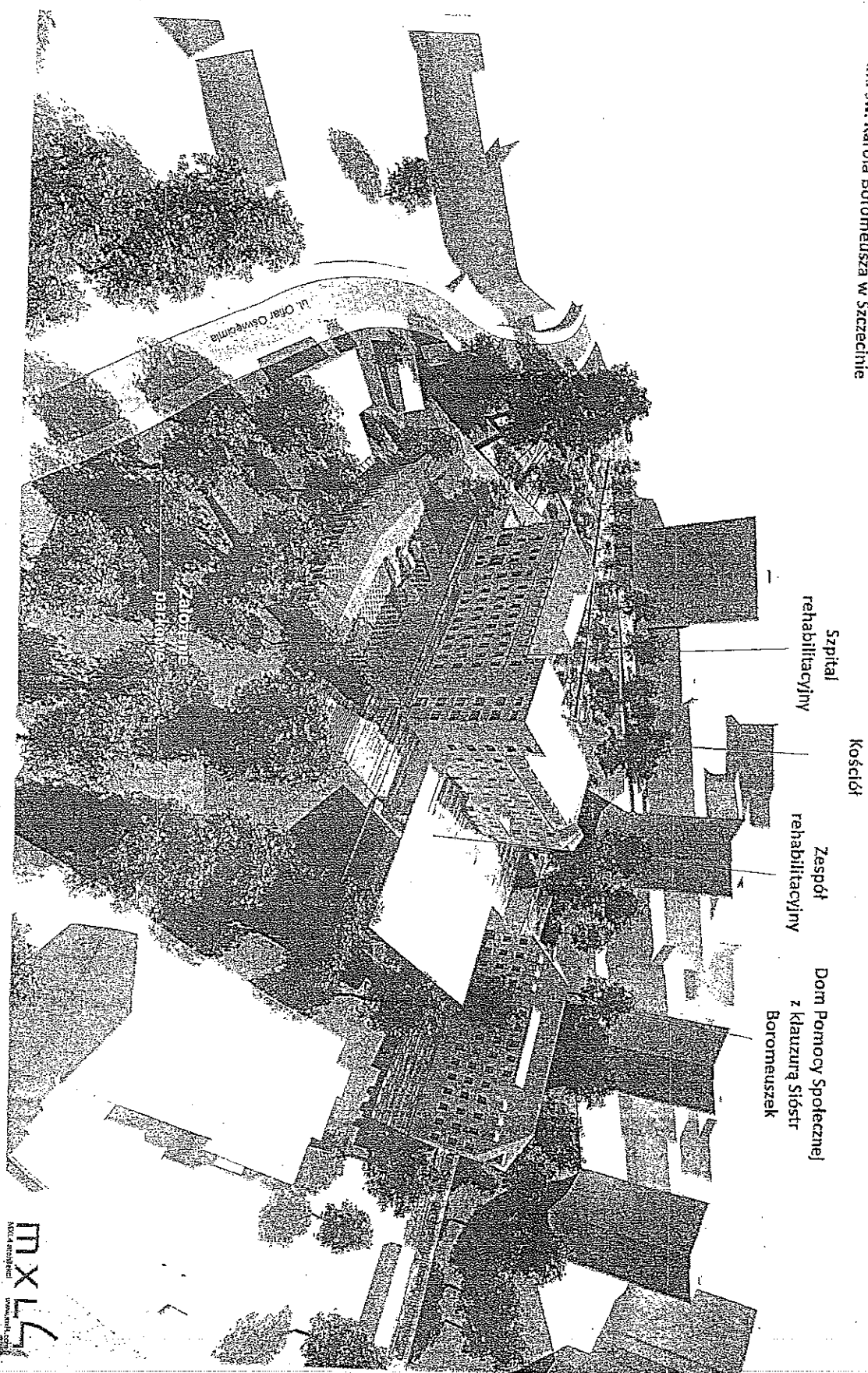
Zespół
rehabilitacyjny

Szpital
rehabilitacyjny



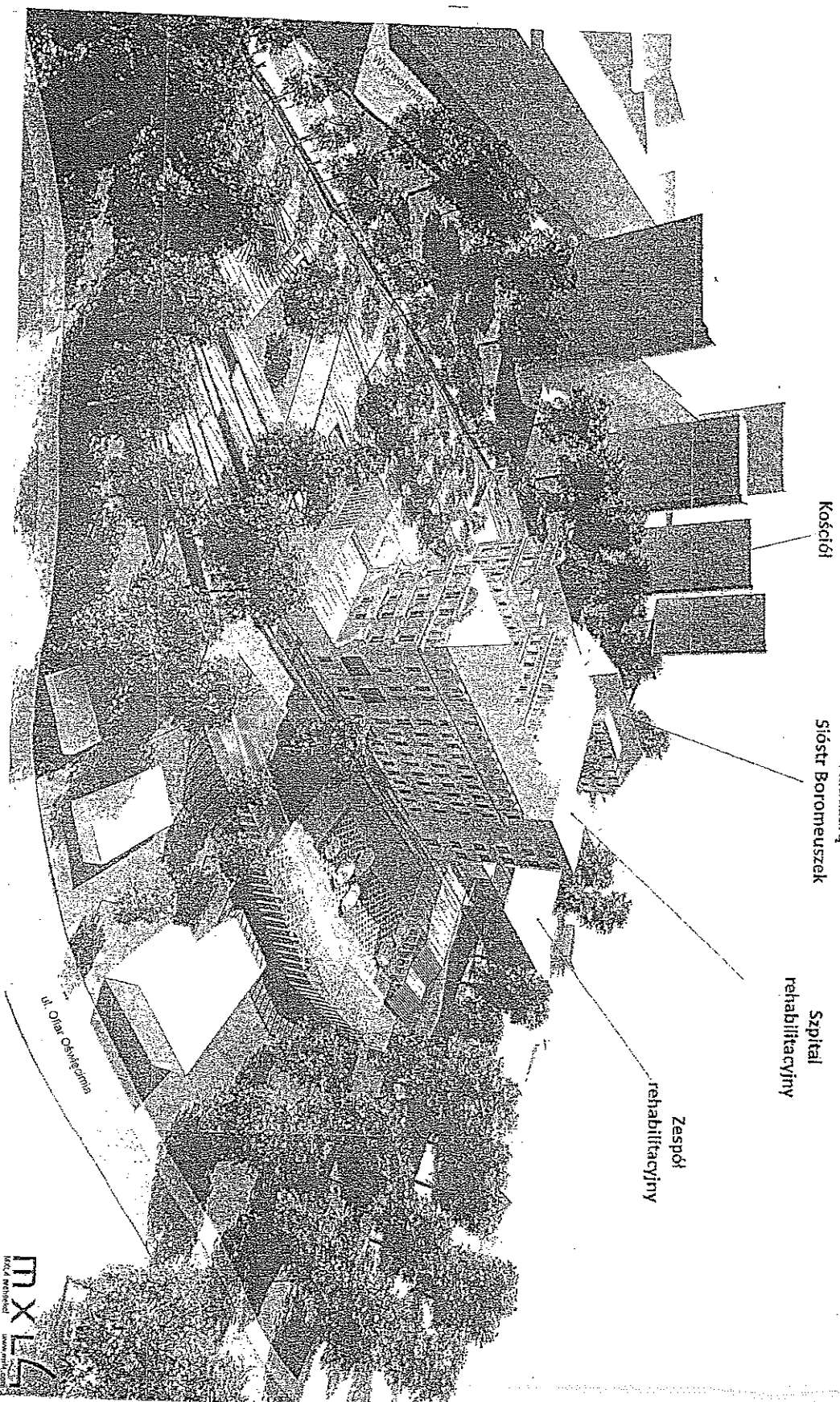
MXL4
MXL4 (rehabilitacja)
MXL4 (rehabilitacja)

Centrum Opiekuńczo-Lecznicze im. św. Karola Boromeusza w Szczecinie



MXL
MIX & REPAIR
www.mx.pl

Centrum Opiekuńczo-Lecznicze im. św. Karola Boromeusza w Szczecinie



MXL
www.mxl.pl

7. PARTNERZY

- Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie
- Polskie Towarzystwo Kardiologiczne w Szczecinie
- Polskie Towarzystwo Neurochirurgów w Szczecinie



Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie

Rektor

Szczecin, dnia 8 grudnia 2009 r.

SR/230/2009

Siostra
Przełożona Generalna
Kongregacji Sióstr św. Karola Boromeusza
w Trzebnicy
mgr Barbara Groń

Wielce Szanowna Pani

Z wielkim zainteresowaniem i zadowoleniem przyjmuję wiadomość o możliwości zorganizowania w Szczecinie szpitala rehabilitacyjnego. Biorąc pod uwagę fakt, iż w Szczecinie działają szpitale, w tym kliniczne Pomorskiej Akademii Medycznej, wykonujące wysokospecjalistyczne procedury, po których, u wielu chorych wymagane są dalsze profesjonalne działania usprawniające, a z drugiej strony nie ma ani jednego oddziału rehabilitacji, plan utworzenia takiego szpitala zasługuje na jednogłośnie wsparcie naszego środowiska. Zapotrzebowanie na kompleksową rehabilitację chorych leczonych w szczecińskich szpitalach jest ogromne, a dostępność do tych świadczeń w warunkach szpitalnych w całym regionie - bardzo niska.

Należy podjąć działania w celu naprawy tej wyjątkowo trudnej sytuacji, zarówno dla chorych, ale też personelu medycznego. Dotyczy to zwłaszcza rehabilitacji neurologicznej, neurochirurgicznej, ortopedycznej i kardiologicznej.

Wobec powyższego, jeszcze raz wyrażam głębokie poparcie Kongregacji Sióstr Miłosierdzia św. Karola Boromeusza w staraniach o utworzenie szpitala rehabilitacyjnego w Szczecinie.

Jednocześnie zapewniam, że w przypadku powołania szpitala rehabilitacyjnego, Pomorska Akademia Medyczna podejmie współpracę na polu usług medycznych, edukacyjnym i naukowym, a objęcie tej placówki patronatem traktować będziemy jako wyróżnienie i zobowiązanie do wyjątkowej pracy.

Z wyrazami szacunku

REKTOR

prof. dr hab. n. med. Przemysław Nowacki

Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie, 70-204 Szczecin, ul. Rybacka 1, tel. +48 91 43 00 700, fax +48 91 43 00 705, www.pam.szczecin.pl



Polskie Towarzystwo Kardiologiczne

Oddział Szczeciński

70-111 Szczecin ul. Powstańców Wlkp. 72
tel.: (091) 466-13-78 fax: (091) 466 13 79

www.ptkardio.pl



Szczecin 05.01.2010r.

Siostra
Przełożona Generalna
Kongregacji Sióstr św. Karola Boromeusza
w Trzebnicy
mgr Barbara Groń

Idea tworzenia szpitala rehabilitacyjnego wychodzi naprzeciw potrzeb mieszkańców Szczecina i całego regionu Zachodniopomorskiego. Wynika to przede wszystkim z braku możliwości kompleksowej rehabilitacji w szpitalach województwa zachodniopomorskiego.

W imieniu Zarządu Szczecińskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego wyrażam głębokie poparcie dla Kongregacji Sióstr św. Karola Boromeusza w staraniach o utworzenie szpitala rehabilitacyjnego w Szczecinie. Jednocześnie deklarujemy wsparcie merytoryczne i naukowe dla nowo powstałej jednostki.

Przewodniczący
Szczecińskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego
Dr med. Jarosław Gorący

Szczecin, 31.12.2009 r.

Zachodniopomorski Oddział
Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów
w Szczecinie

Wielebna Matka Barbara Groni
Przełożona Generalna
Kongregacji Sióstr Miłosierdzia
Św. Karola Boromeusza
w Trzebierzy

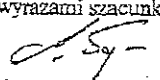
W imieniu Zachodniopomorskiego Oddziału Towarzystwa Neurochirurgów Polskich zobowiązanego do działania na rzecz rozwoju neurochirurgii w Regionie, pragnę wyrazić nasze zadowolenie z faktu pojawienia się możliwości utworzenia przez Siostry jednostki opieki długoterminowej nad chorymi w odzyskanym budynku szpitalnym przy ul. Wyzwolenia w Szczecinie.

Dynamiczny rozwój neurochirurgii na obszarze Województwa wiąże się z poszerzeniem zakresu wykonywanych procedur oraz wzrostem społecznego oczekiwania na zwiększenie do nich dostępności. Proces leczenia nie może jednak być pomyślnie przeprowadzony jeśli jest niekompletny. Wysokospecjalistyczne leczenie neurochirurgiczne angażujące znaczne środki nankowe i finansowe prowadzi do ratowania życia i zdrowia w ostrym okresie choroby.

Wymaga ono kontynuacji leczenia w postaci intensywnej rehabilitacji lub opieki długoterminowej. Leczenie takie nie może odbywać się w macierzystej jednostce neurochirurgicznej, ponieważ ta nastawiona jest na działanie w trybie ostrym. Przedłużający się w niej pobyt chorego nie tylko pozbawia go kolejnego etapu leczenia, ale blokuje także cenne miejsca, które ze swego przeznaczenia powinny być wykorzystane dla chorych znajdujących się w nagłym zagrożeniu życia bądź zdrowia. Sytuacja ta spowodowana jest znacznym niedostatkiem ośrodków rehabilitacji oraz opieki długoterminowej na obszarze naszego województwa. Jednostki takie w ostatnich latach ulegały likwidacji, a te które istnieją zwykle nie akceptują chorych niedostatecznie samodzielnych, zamieniając swą działalność na pseudosanatoryjną.

Troska o najsłabszych, często nie rokujących powrotu do zdrowia oddaje poziom rozwoju społeczeństwa. Coraz częściej jednak cierpienie i nieomaganie zdrowotne postrzegane są jako kondycja nie przynależna człowiekowi, którą należy zakończyć za wszelką cenę, nawet sztucznie przyspieszonej śmierci. Dlatego napawa nas nadzieją szansa utworzenia przez Siostry ośrodka mającego na celu opiekę nad chorymi wymagającymi długiej opieki. Ze swej strony zapewniamy o pełnej dyspozycyjności jaka mogła by być w tym zakresie potrzebna.

Z wyrazami szacunku,


Dr hab. n. med. Leszek Sagan
Przewodniczący Oddziału Zachodniopomorskiego
Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów

ŹRÓDŁA FINANSOWANIA

- Fundacje kościelne (Renovabis, Kirche in Not)
- Środki Unijne
- Ministerstwo Zdrowia
- Ministerstwo Kultury
- Narodowy Fundusz ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej
- Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- Środki własne