

**Wojewoda Zachodniopomorski**



**Piotr Jania**

**Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej  
dla leczenia szpitalnego  
dla województwa zachodniopomorskiego  
na okres 30 czerwca 2016 r. – 31 grudnia 2018 r.**

**Szczecin, 29 czerwca 2016 r.**

## **Spis treści**

Podsumowanie .....	3
1. Analiza i diagnoza głównych problemów zdrowotnych w województwie zachodniopomorskim.....	4
2. Strategia i wdrażanie – Priorytety zdrowotne wraz z proponowanymi przekierowaniami strumienia finansowego płatnika publicznego .....	21

## Podsumowanie

Zgodnie z art. 95c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz. U. z 2015 r., poz. 581 z późn. zm.), mając na uwadze stan zdrowia obywateli oraz uzyskanie efektów zdrowotnych o najwyższej wartości, Wojewoda Zachodniopomorski w porozumieniu z Wojewódzką Radą ds. Potrzeb Zdrowotnych ustalił priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej dla lecznictwa szpitalnego dla województwa zachodniopomorskiego na okres 30 czerwca 2016 r. – 31 grudnia 2018 r.

Podstawą do wyodrębnienia problemów zdrowotnych na poziomie województwa zachodniopomorskiego były:

- wnioski płynące z analizy opracowanej przez Ministra Zdrowia Regionalnej Mapy Potrzeb Zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego,
- cele operacyjne określone w „*Krajowych Ramach Strategicznych. Policy paper na rzecz ochrony zdrowia na lata 2014-2020*”,
- inne najlepsze dostępne dane i opracowania, w tym analizy własne.

Na podstawie przyjętych kryteriów oceny tj. wpływ na zdrowie, modyfikowalność, wykonalność w odniesieniu do istniejących zasobów, akceptowalność, pomiar skutku interwencji oraz wyrównanie nierówności zdrowotnych, członkowie Wojewódzkiej Rady ocenili wszystkie zebrane propozycje, przypisując im określone poziomy istotności. Jako priorytety przyjęto te problemy, które uznane zostały za najbardziej istotne – uzyskały co najmniej 70% przyznawanej punktacji.

Wyodrębniony został zbiór 55 priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej dla lecznictwa szpitalnego dla województwa zachodniopomorskiego na okres 30 czerwca 2016 r. – 31 grudnia 2018 r., które zostały podzielone na 9 następujących grup:

1. Poprawa opieki nad matką i dzieckiem – 9 priorytetów
2. Opieka hospicyjna i paliatywna – 2 priorytety
3. Opieka długoterminowa – 3 priorytety
4. Rozwój kompleksowej opieki i poprawa jakości, dostępności i skuteczności leczenia starzejącego się społeczeństwa – 2 priorytety
5. Rozwój opieki psychiatrycznej – 5 priorytetów
6. Choroby układu oddechowego – 5 priorytetów
7. Leczenie onkologiczne – 6 priorytetów
8. Choroby układu krążenia – 5 priorytetów
9. Pozostałe – 18 priorytetów.

## 1. Analiza i diagnoza głównych problemów zdrowotnych w województwie zachodniopomorskim

	Priorytet	Cel	Stan docelowy	Diagnoza stanu aktualnego	Różnica pomiędzy stanem docelowym a aktualnym	Przyczyny różnic pomiędzy stanem docelowym a aktualnym i ich istotność
<b>1. POPRAWA OPIEKI NAD MATKĄ I DZIECKIEM</b>						
1.1	Poprawa dostępności dla dzieci do leczenia gastrologicznego	Zapewnienie specjalistycznej opieki gastrologicznej dla dzieci	<p>1. Dążenie do poprawy dostępności do świadczeń w rodzaju leczenia szpitalnego do poziomu średniej krajowej (140 punktów na 10 tys. mieszkańców wg stanu na 9.05.2016) - kontrakty półroczne.</p> <p>2. Dążenie do poprawy dostępności do świadczeń w rodzaju AOS do poziomu średniej krajowej (80 punktów na 10 tys. mieszkańców wg stanu na 9.05.2016) - kontrakty półroczne.</p>	<p>Dostępność:</p> <p>1. Obecnie zachodniopomorskie w leczeniu szpitalnym zajmuje 13, ostatnie miejsce w dostępności na 10 tys. mieszkańców.</p> <p>2. Obecnie zachodniopomorskie w AOS zajmuje 13 miejsce w dostępności na 10 tys. mieszkańców.</p> <p>Migracje:</p> <p>W zakresie gastroenterologii dziecięcej w 2015 roku wynosiła w rodzaju leczenia szpitalnego około 280.000 zł, leczenia ambulatoryjnego 8.000 zł</p> <p>Zasoby:</p> <p>1. W województwie funkcjonuje jeden oddział gastroenterologii dziecięcej w Samodzielnym Publicznym Specjalistycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej ZDROJE</p> <p>2. W województwie funkcjonują dwie poradnie dla dzieci, obydwie w Szczecinie.</p>	<p>1 dodatkowa poradnia, zwiększenie ilości lekarzy o specjalności gastroenterologii dziecięcej w obszarze koszalińskim, zmiany organizacyjne placówek w ramach umów zawartych poprzez zwiększenie czasu przyjęć i lekarzy udzielających świadczeń w poradniach.</p>	<p>Na skrócenie czasu oczekiwania nie ma wpływu wycena świadczeń lecz ilość ich wykonywania, dlatego należałoby zwiększyć liczbę poradni albo godziny pracy lekarzy. Spowoduje to zwiększenie dostępności do świadczeń. Do tej pory w poradni w Zdrojach harmonogram lekarzy został zmniejszony.</p>
1.2	Okulistyka dziecięca	Stworzenie przynajmniej jednego oddziału dziecięcego okulistycznego w woj. zachodniopomorskim mającego odrębny kontrakt z NFZ	Docelowo w województwie zachodniopomorskim powinien być jeden, maksymalnie 2 oddziały okulistyczne dla dzieci. Szacuje się, że powinno być ok. 2500 dzieci rocznie. Oddział dziecięcy powinien posiadać odrębną umowę z NFZ. Oddział powinien być zlokalizowany w Szczecinie, ze względu na obecność kadry medycznej wyspecjalizowanej w okulistyce dziecięcej.	<p>Aktualnie w województwie zachodniopomorskim nie ma odrębnie kontraktowanego oddziału okulistycznego dla dzieci.</p> <p>Okulistyką dziecięcą zajmują się w Szczecinie Klinika Okulistyki PUM oraz Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakładzie Opieki Zdrowotnej ZDROJE.</p> <p>W Klinice Okulistyki PUM oprócz leczenia zachowawczego i diagnostyki chorób oczu uwarunkowanych genetycznie wykonuje się prawie wszystkie zabiegi chirurgiczne u dzieci jak: operacje zeza, operacje p-jaskrowe, zaćmy, operacje tylnego segmentu oka (witrektomie), operacje plastyczne aparatu ochronnego oka,</p>	<p>Aktualnie dzieci z chorobami oczu, a także z zaćmą oraz z podejrzeniami chorób oczu genetycznie uwarunkowanych nie są leczone i diagnozowane w zadowalającym przez rodziców krótkim terminie po skierowaniu dzieci do jednostki okulistycznej. Długi jest czas oczekiwania na usługę medyczną.</p>	<p>Główną przyczyną nie jest brak doświadczenia kadry medycznej, lecz ograniczone fundusze z NFZ oraz nierealne (znacząco poniżej kosztów) wycenione procedury medyczne dotyczące okulistyki dziecięcej. Wydzielenie i wzrost nakładów finansowych na okulistykę dziecięcą wpłynie istotnie na przyspieszenie wykonanych procedur medycznych, a w konsekwencji przyczyni się do szybkiej diagnozy i wprowadzenia właściwego leczenia.</p>

				<p>zaopatrywanie chirurgiczne urazów oka i inne. Dodatkowo w Klinice PUM wykonuje się diagnostykę i leczenie retinopatii wcześniaczej. W Samodzielnym Publicznym Specjalistycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej ZDROJE oprócz leczenia zachowawczego wykonuje się operacje zeza oraz drobne zabiegi dotyczące aparatu ochronnego oka. Dostępność do świadczeń z okulistyki dziecięcej jest ograniczona i niewspółmiernie niewystarczająca do zapotrzebowania regionalnego. Ilość wykonanych świadczeń okulistycznych w odniesieniu do doświadczenia zawodowego kadr medycznych jest niewystarczająca. Priorytet możliwy do realizacji i wymaga rozwiązań organizacyjnych w jednostkach szpitalnych realizujących świadczenia w ramach już zawartych umów. Finansowanie możliwe w ramach dostępnych środków.</p>		
1.3	Otorynolaryngologia dziecięca	Zwiększenie dostępności leczenia chirurgicznego głębokich niedosłuchów u dzieci przy pomocy implantów słuchowych.	Stworzenie jednego oddziału dziecięcego otolaryngologicznego w woj. zachodniopomorskim mającego odrębny kontrakt z NFZ oraz 2 poradni dla dzieci po jednej w ośrodku koszalińskim i szczecińskim.	Zakres dla dzieci nie jest kontraktowany odrębnie. Implanty dla dzieci wszczepiane są w ramach hospitalizacji dla dorosłych.		
1.4	Poprawa specjalistycznej, kompleksowej opieki nad matką i dzieckiem	Wzmocnienie działań na rzecz poprawy infrastruktury i zasobów kadrowych w obszarach opieki nad matką i dzieckiem. Przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym. Poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.	Zmniejszenie umieralności noworodków i niemowląt. Poprawa stanu zdrowia dzieci oraz kobiet, w szczególności w ciąży i w okresie połogu. Utworzenie ośrodka leczenia dzieci, który wykonywałby kompleksowe, specjalistyczne świadczenia na rzecz dzieci we wszystkich rodzajach świadczeń.	Obecnie dzieci przyjmowane są w ramach poradni dla dorosłych. Problemem jest dostępność do ambulatoryjnych poradni dziecięcych, które wymagają specjalistycznej wiedzy, doświadczenia i sprzętu. Wobec powyższego nie wszyscy świadczeniodawcy przyjmują dzieci.		Powinna nastąpić intensyfikacja działań, mająca na celu zapewnienie optymalnego standardu w zakresie opieki nad matką i dzieckiem. Chodzi m.in. o rozwój nowoczesnej infrastruktury w dziedzinach medycyny ukierunkowanych na opiekę nad matką i dzieckiem i dostosowanie kształcenia kadr medycznych do identyfikowanych potrzeb. Najważniejsze w ramach tego kierunku jest zwiększenie zakresu programów zdrowotnych skierowanych do kobiet w okresie ciąży i połogu oraz dostosowanie

						opieki prenatalnej do modelu późnego macierzyństwa.
1.5	Utworzenie poradni echokardiografii płodowej	Echokardiografia płodowa z udziałem kardiologów dziecięcych, celem oceny morfologii wady oraz terminu i miejsca rozwiązania ciąży	Wzmocnienie ośrodków specjalistycznej opieki zdrowotnej nad kobietą i dzieckiem w regionie (Szczecin) i subregionie (Koszalin) zapewni dostęp do kompleksowych, skoncentrowanych wysokospecjalistycznych usług medycznych oraz dostęp do nowoczesnej bazy diagnostyczno-terapeutycznej z optymalnym wykorzystaniem zasobów wysokospecjalistycznej kadry medycznej. Konieczna jest modernizacja i doposażenie tych ośrodków w wysokiej klasy sprzęt i aparaturę medyczną monitorującą podstawowe funkcje życiowe. Inkubatory wysokiej klasy do leczenia noworodków i aparatura monitorująca podstawowe funkcje życiowe oraz nowe metody sztucznej wentylacji. Nowe możliwości diagnostyczno-terapeutyczne i nowe techniki operacyjne zmniejszają umieralność dzieci oraz ryzyko występowania odległych powikłań. Należy również zadbać o dostępność i prawidłowe funkcjonowanie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji zaburzeń i wad rozwojowych dzieci i młodzieży we wszystkich szpitalach wyspecjalizowanych podmiotach leczniczych na terenie województwa.	Aktualnie specjalistyczne leczenie dzieci i młodzieży odbywa się oddziałach pediatricznych szpitali rozproszonych na terenie województwa i kraju. Brakuje rozwiniętej skoncentrowanej bazy leczniczej, w tym wyposażenia w odpowiedni sprzęt medyczny oraz kadry lekarskiej o wąskich specjalnościach, co uniemożliwia kompleksowe leczenie niektórych chorób dziecięcych na terenie województwa zachodniopomorskiego, powoduje to konieczność kierowania dzieci do odległych ośrodków krajowych i innych województw. Dotyczy to m.in. kardiologii inwazyjnej.	Różnicą pomiędzy stanem docelowym a aktualnym w zakresie opieki zdrowotnej nad kobietą i dzieckiem to odejście od rozproszenia usług specjalistycznych lub ich braku na rzecz koncentracji i rozwoju nowych metod leczenia specjalistycznego kobiet oraz dzieci i młodzieży na terenie województwa w ośrodku regionalnym (Szczecin) i ośrodku podregionalnym (Koszalin).	Przyczyną różnic pomiędzy stanem docelowym a aktualnym są niedostateczne środki finansowe, co stanowi główny problemem ograniczający rozszerzenie dostępności do niektórych rodzajów wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych, wprowadzanie nowych metod leczenia i nowych technologii medycznych.
1.7	Poprawa warunków pracy oddziałów chirurgii dziecięcej	Modernizacja istniejących oddziałów i remont kapitalny z przebudową bloku operacyjnego. Zwiększenie ilości specjalistów chirurgii	Oddziały z salami 1-2 osobowymi z węzłem sanitarnym. Zapewnienie rodzinom możliwości pobytu z dzieckiem na oddziale w trakcie hospitalizacji. Izolatka dla dzieci infekcyjnych z węzłem sanitarnym. Blok operacyjny zamknięty z dwoma salami	Niektóre oddziały i bloki operacyjne mieszczą się w budynkach z lat 70-tych ub. wieku i nie były dotychczas modernizowane. Sale wieloosobowe ze wspólnym węzłem sanitarnym na korytarzu. Izolatka bez węzła sanitarnego jest izolatką z nazwy. Rodzice, którym ustawa o prawach dziecka gwarantuje pobyt z dzieckiem	1. Sale chorych wielołożkowe bez węzłów sanitarnych. 2. Brak izolatki w oddziale. 3. Brak warunków dla całonocnego pobytu rodziców z dziećmi.	1. Niedoinwestowanie tej dziedziny medycyny. 2. Trudne warunki pracy w tym oddziale zniechęcają do podjęcia pracy i specjalizacji przez młodych lekarzy.

		dziecięcej w tych oddziałach.	operacyjnymi i zapleczem. Jednokierunkowy ruch w obrębie bloku operacyjnego, ściany i podłogi wyłożone wykładzinami zapewniającymi łatwość utrzymania czystości i jałowości. Sale operacyjne klimatyzowane z nawiewem laminarnym. Co najmniej ośmioosobowa kadra lekarzy specjalistów, niezbędna do zapewnienia właściwej opieki lekarskiej i dwuosobowej obsady na dyżurze. Wykorzystanie wszystkich miejsc.	w oddziale nie mają odpowiednich warunków. Blok operacyjny bez śluz wejściowych i jednokierunkowego ruchu w obrębie bloku stanowi zagrożenie dla bezpieczeństwa operowanych tam dzieci. Posadzki i ściany wyłożone glazurą, trudne do utrzymania w czystości, wymagają wymiany. Brak jałowej klimatyzacji z nawiewem laminarnym nie zapewni pełnej aseptyki bloku operacyjnego. Niewystarczająca obsada lekarska (brak właściwego zabezpieczenia dyżurów). Średnia wieku kadry lekarskiej powyżej 50 roku życia grozi zamknięciem oddziału w niedalekiej przyszłości.	4. Blok operacyjny niespełniający elementarnych wymogów dla tego typu obiektu. 5. Brak specjalistów chirurgii dziecięcej.	
1.8	Poprawa diagnostyki i leczenia endoskopowego stosowanego u dzieci w trybie pilnym (krwotok z przewodu pokarmowego, połknięcie niektórych ciał obcych)	1. Zapewnienie szybkiej diagnostyki i leczenia dzieciom z krwawieniem z przewodu pokarmowego 2. Zapewnienie szybkiego usunięcia z przewodu pokarmowego połkniętych ciał obcych uszkodzających jego strukturę (baterie, ostre przedmioty, zasady, kwasy) oraz wszystkich ciał które utkną w przełyku		W 2015 roku 351 dzieci miało wykonanych badanie gastroskopii. Na 34 świadczeniodawców 30 wykonało przynajmniej jedno badanie gastroskopowe dla dzieci, z czego prawie 60% badań wykonanych było w Samodzielnym Publicznym Specjalistycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej ZDROJE, po 5% w Dębnie, Nowogardzie i Goleniowie, 3% w Białogardzie i Koszalinie.		
1.9	Poprawa rozpoznawania i leczenia niedożywienia u dzieci z chorobami przewlekłymi w warunkach domowych	1. Zmniejszenie częstości występowania niedożywienia wśród dzieci z chorobami przewlekłymi 2. Skrócenie czasu hospitalizacji dzieci z zaburzeniami karmienia 3. Stosowanie nowoczesnych i bez działań niepożądanych sposobów leczenia		Dostępność: Obecnie 6 miejsce w Polsce Wsk. na 10 tys. ubezpieczonych [ilość] Polska 1450,4 Wsk. na 10 tys. ubezpieczonych [ilość] Zachodniopomorski 1565 Zasoby: 6 świadczeniodawców z czego tylko u 2 występują pesele poniżej 18 roku życia obszar kontraktowania województwo		Brak podziału w zakresie na dzieci i dorosłych Realizacja i nadwykonania nie są limitowane



		dzieci z niektórymi chorobami przewlekłymi przewodu pokarmowego np. choroba Crohna, eozynofilowe zapalenie przewodu pokarmowego				
--	--	---	--	--	--	--

## 2. OPIEKA HOSPICYJNA I PALIATYWNA

2.1	Opieka paliatywna i hospicyjna	Poprawa jakości i skuteczności opieki nad pacjentem w stanie terminalnym obejmująca obok chorych na raka również osoby przewlekle chore na choroby układu oddechowego jak i schyłkową niewydolność krążenia.	1. Dążenie do poprawy dostępności do świadczeń w rodzaju opieki hospicyjnej stacjonarnej do poziomu średniej krajowej (230 punktów na 10 tys. mieszkańców wg stanu na 9.05.2016) oznacza to co najmniej podwojenie liczby łóżek w hospicjum stacjonarnym. 2. Utworzenie w grupie powiatów: wałcz, szczecinek, drawski hospicjum stacjonarnego. 3. Wyrównanie dostępności w powiatach woj zachodniopomorskiego w zakresie hospicjum domowego i jednocześnie zwiększenie dostępności do średniej krajowej.	Dostępność: 1. Obecnie w ramach dostępności do świadczeń opieki hospicyjnej stacjonarnej jako województwo zajmujemy 15 miejsce na 16. 2. Obecnie w województwie działają 4 hospicja stacjonarne, z tym że na obszarze kontraktowania grupy powiatów: drawski, szczecinecki, wałecki nie funkcjonuje żaden świadczeniodawca posiadający kontrakt. 3. Obecnie w ramach dostępności do świadczeń opieki hospicyjnej domowej zajmujemy 14 miejsce na 16. Zasoby: 1. W 2015 roku cztery hospicja stacjonarne wykorzystywały łącznie 49 łóżek. 3. W każdym powiecie województwa działa przynajmniej jedno hospicjum domowe.		1. W hospicjum stacjonarnym zbyt mała liczba świadczeniodawców, a ci którzy istnieją na rynku posiadają zbyt małą liczbę łóżek. Przykładowo na konkurs ogłoszony na teren, w którym brak jest zabezpieczenia (pow. Drawski, szczecinecki, wałecki) nie wpłynęła żadna oferta. 3. Zwiększenie kontraktów hospicjum domowego pociąga za sobą konieczność zwiększenia liczby wykwalifikowanego personelu lub zwiększenia godzin pracy tego personelu, jak również potencjału sprzętowego.
2.2	Medycyna paliatywna i leczenia bólu	Proponowana dostępność pozaszpitalnych form opieki. Poprawa dostępności dla chorych w pobliżu miejsca ich zamieszkania. Zwiększenie liczby łóżek na oddziałach medycyny paliatywnej i leczenia bólu.	Zwiększenie liczby łóżek na oddziałach medycyny paliatywnej i leczenia bólu. Sale 1-2 osobowe z węzłem sanitarnym. Sale chorych klimatyzowane, dostęp do lekarza w pełnym wymiarze, obsada personelu medycznego średniego zwiększona, do dwóch pielęgniarek na dyżurze nocnym.	Często sale chorych większe niż dwuosobowe, pomieszczenia nieklimatyzowane, często dostęp do lekarza w ograniczony sposób tj. 3 razy w tygodniu przez kilka godzin dziennie, obsada średniego personelu medycznego znacznie ograniczona - dwie pielęgniarki, na dyżurze nocnym jedna pielęgniarka. Często wspomaganie jedną opiekunką.	1. Sale chorych wieloosobowe. 2. Sale chorych nieklimatyzowane. 3. Brak zabezpieczenia w wystarczającej ilości personelu medycznego średniego szczebla. 4. Utrudniony kontakt z lekarzem.	1. Trudne warunki pracy na oddziałach tej dziedziny medycyny, które zniechęcają do podjęcia specjalizacji. 2. Słabe wynagrodzenie personelu medycznego.

## 3. OPIEKA DŁUGOTERMINOWA

3.1	Opieka długoterminowa	Poprawa dostępności do świadczeń opieki długoterminowej	Zwiększenie ilości pacjentów objętych opieką długoterminową zarówno stacjonarną jak i domową, a co za tym	Dostępność: Obecnie w ramach dostępności do świadczeń udzielanych w ZOL jako województwo		Mała liczba łóżek w stosunku do potrzeb województwa. Sytuacją pożądaną byłoby funkcjonowanie
-----	-----------------------	---	---	---	--	--



			<p>idzie zwiększenie ilości łóżek w ZOL, ze szczególnym uwzględnieniem miejsc dla pacjentów wentylowanych mechanicznie.</p>	<p>zajmujemy 13 miejsce na 16, z tym że dla pacjentów wentylowanych mechanicznie w ZOL zajmujemy ostatnie 14 miejsce.</p> <p>Zasoby:          Obecnie w województwie posiada kontrakty z NFZ 13 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, które w 2015 roku wykorzystwały 665 łóżek. Wg KRS łóżek jest 704 łóżka (prawdopodobnie są one niewykorzystywane lub wykorzystywane w celach komercyjnych). Istnieje jeden ZOL dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, który świadczy usługi dla 2 pacjentów (2 łóżka). Natomiast świadczenia z zakresu pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej wykonywane są w każdym powiecie.</p>		<p>zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego w każdym powiecie. Największy problem stanowi brak podmiotów, które wykonywałyby świadczenia dla pacjentów wentylowanych mechanicznie (dwukrotnie ogłaszany konkurs-brak oferentów).</p>
--	--	--	---	--	--	--

#### 4. ROZWÓJ KOMPLEKSOWEJ OPIEKI I POPRAWA JAKOŚCI, DOSTĘPNOŚCI I SKUTECZNOŚCI LECZENIA STARZEJĄCEGO SIĘ SPOŁECZEŃSTWA

4.1	<p>Rozwój kompleksowej opieki oraz poprawa jakości, dostępności i skuteczności leczenia starzejącego się społeczeństwa. Stworzenie systemu opieki geriatrycznej oraz wdrażanie standardów opieki geriatrycznej, powiązanie opieki społecznej z opieką zdrowotną</p>	<p>Z uwagi na starzenie się społeczeństwa oraz wydłużenie średniego czasu życia znacząco wzrasta ilość pacjentów z chorobami neurologicznymi, kardiologicznymi i innymi świadczeniobiorców wymagających kompleksowej opieki leczniczej. Poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej nad pacjentem w wieku podeszłym. Rozwój kompleksowej opieki i poprawa jakości, dostępności i skuteczności leczenia starzejącego się społeczeństwa. Stworzenie systemu</p>	<p>W zakresie kardiologii i chorób naczyń: Stworzenie ośrodków, które będą kompleksowo leczyć pacjentów z chorobami układu krążenia: przygotowanie pacjenta do opieki przed- i poszpitalnej, leczenie operacyjne, leczenie ambulatoryjne, zakończone rehabilitacją kardiologiczną. Dofinansowanie placówek, które prowadzą szczegółową diagnostykę w trybie ambulatoryjnym. W chirurgii naczyniowej zwiększenie dostępności w poradniach poprzez zwiększenie zasobów kadrowych. W leczeniu stacjonarnym zwiększenie dotychczasowej liczby łóżek kardiologicznych i rehabilitacji kardiologicznej oraz zwiększanie liczby oddziałów w rehabilitacji dziennej. W zakresie neurologii: Utworzenie ośrodków leczenia interdyscyplinarnego - współpraca specjalistów z różnych zakresów medycyny np. okulista, kardiolog, psychiatra niezbędnych do objęcia</p>	<p><u>W zakresie kardiologii i chorób naczyń:</u>          Dostępność: Wskaźnik umieralności z powodu ogółu chorób serca na 100 tys. mieszkańców jest wyższy od ogólnopolskiego. Rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych świadczeń udzielają 4 jednostki i zajmujemy 12 miejsce na 16 oddziałów w dostępności na 10 tys. mieszkańców. W rehabilitacji kardiologicznej dziennej znajdujemy się na ostatnim 14 miejscu w dostępności na 10 tys. mieszkańców.          Zasoby: W chirurgii naczyniowej zwiększenie dostępności w poradniach, w których realizacja spada, a znacznie przyrastają kolejki poprzez zwiększenie zasobów kadrowych w poradniach specjalistycznych. W poradniach powinna być realizacja świadczeń zgodnie z harmonogramem. W 2015 roku wykorzystanych było 79 łóżek rehabilitacji kardiologicznej, natomiast wg KSR jest 99 łóżek. W rehabilitacji kardiologicznej dziennej do tej pory świadczeń udzielało 2 świadczeniodawców. Obecnie kontrakt posiada jeden świadczeniodawca.  <u>W zakresie neurologii:</u></p>	<p>W zakresie neurologii: Należałoby zwiększyć dostępność poprzez wydłużenie czasu pracy poradni.</p>	<p>W zakresie kardiologii i chorób naczyń: Należałoby zwiększyć bazę łóżkową. Brak świadczeniodawców chętnych do świadczenia usług rehabilitacji kardiologicznej dziennej. W zakresie neurologii: Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych liczba łóżek w ramach oddziałów neurologicznych jest wystarczająca. Analiza udziału porad W11 do całości wykonania. Obecnie wskaźnik ten wynosi 83%. Dążenie do zmiany struktury w kierunku zwiększenia udziału świadczeń z rozszerzoną diagnostyką. jak w opiece długoterminowej</p>
-----	---	---	--	--	---	--

		<p>opieki geriatrycznej oraz wdrażanie standardów opieki geriatrycznej. Powiązanie opieki społecznej z opieką zdrowotną.</p>	<p>pacjenta kompleksową opieką oraz zwiększenie bazy łóżkowej. W zakresie geriatrii: Poprawa dostępności do świadczeń - utworzenie minimum jednej poradni w przynajmniej 4 obszarach kontraktowania oraz co najmniej trzech oddziałów geriatrycznych w woj. zachodniopomorskim.</p>	<p>Dostępność: W ramach LSZ dostępność na 10 tys. mieszkańców do świadczeń w skali kraju na poziomie 16 miejsca (analiza własna NFZ). W ramach AOS dostępność na 10 tys. mieszkańców do świadczeń w skali kraju na poziomie 16 miejsca (analiza własna NFZ). Ostatnie miejsce w dostępności na 10 tys. mieszkańców do świadczeń w skali kraju w świadczeniach tomografii komputerowej i 15 w rezonansie magnetycznym. Zasoby: Poradnie neurologiczne kontraktowane są na poziomie powiatu i wszystkie obszary są zabezpieczone w świadczenia (60 poradni). W leczeniu szpitalnym zakontraktowanych jest siedem oddziałów neurologicznych, wszystkie zajmują się kompleksowym leczeniem udarów. W zakresie geriatrii: Dostępność: Dostępność do świadczeń na 10 tys. mieszkańców w rodzaju leczenia stacjonarnego geriatrycznego plasuje nasze województwo na ostatnim miejscu w kraju, dużo poniżej średniej krajowej (37 punktów w zachodniopomorskim, 237 średnia Polski). W poradniach geriatrycznych dostępność do świadczeń na 10 tys. mieszkańców wg kontraktów z NFZ stawała do tej pory nasze województwo na 3 miejscu w kraju. Po przesunięciu środków z poradni w SPSK1 na inny zakres świadczeń dostępność spadła do 6 miejsca w Polsce. Spośród 3 świadczeniodawców pełną realizację w poradni wykazuje tylko jeden świadczeniodawca w Szczecinie. Pozostali nie realizują w pełni wartości kontraktu. Zasoby: Obecnie na terenie województwa funkcjonuje jeden 24-łóżkowy oddział w Szczecinie. Zakontraktowane są 3 poradnie geriatryczne, z których jedna będąca w strukturze SPSK1, z racji braku realizacji, przesunęła środki na inny zakres.</p>		
--	--	--	---	---	--	--

4.2	Rozwój leczenia geriatrycznego i tworzenie nowych form opieki dla przewlekle chorych	Poprawa dostępności do opieki zdrowotnej	W województwie zachodniopomorskim powinno się dążyć do utworzenia kilku oddziałów geriatrycznych w obecnie funkcjonujących szpitalach specjalistycznych, w miarę możliwości równomiernie rozmieszczonych na obszarze województwa. Potrzeby w tym zakresie powinny być zaspakajane również poprzez wykorzystanie potencjału i zwiększenie liczby łóżek w oddziałach chorób wewnętrznych, neurologicznych i kardiologicznych na potrzeby leczenia geriatrycznego do osiągnięcia ok. 37,67 łóżek na 100 tys. mieszkańców w okresie do 2018 r. (wg prognozy z Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla województwa zachodniopomorskiego). Dostępność do opieki zdrowotnej dla przewlekle chorych powinna być zapewniona w każdym powiecie do osiągnięcia co najmniej 70 łóżek na 100 tys. mieszkańców do 2018 r. (wg Kierunków rozwoju opieki długoterminowej i rehabilitacji leczniczej w województwie zachodniopomorskim na lata 2010-2015 – opracowanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego) Opieka hospicyjna stacjonarna powinna być zapewniona poprzez osiągnięcie wskaźnika 7 łóżek na 100 tys. mieszkańców. (wg Kierunków rozwoju onkologii w województwie zachodniopomorskim na lata 2010-2015)	Opieka geriatryczna i opieka nad osobami przewlekle chorymi w województwie zachodniopomorskim jest aktualnie zapewniona w sposób niewystarczający. Tylko 6 łóżek geriatrycznych funkcjonuje w Samodzielny Publiczny Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Szczecinie. W podmiotach leczniczych województwa zachodniopomorskiego jest zatrudnionych tylko 4 lekarzy specjalistów geriatrów. Według stanu na koniec 2014 r. długoterminowa opieka zdrowotna stacjonarna funkcjonowała w 13 zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (774 łóżek), w 4 zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych dla przewlekle chorych psychicznie (136 łóżek) oraz w 4 jednostkach opieki hospicyjno-paliatywnej (56 łóżek). Zakłady opieki długoterminowej były rozmieszczone na terenie 12 powiatów.	Różnica pomiędzy stanem docelowym (wskaźnik bazowy w 2018 r.) a aktualnym w zakresie liczby łóżek w opiece geriatrycznej wynosi minus 634, w opiece dla przewlekle chorych minus ok. 234 łóżek. Opieka długoterminowa w województwie zachodniopomorskim na przestrzeni ostatnich lat rozwija się stopniowo i obecnie funkcjonuje na terenie 12 powiatów. Wskazaniem jest utworzenie zakładów opieki długoterminowej na terenie pozostałych 9 powiatów.	Przyczynami różnic pomiędzy stanem docelowym a aktualnym w opiece geriatrycznej jest zbyt niskie finansowanie świadczeń ze środków publicznych oraz brak zainteresowania lekarzy podejmowaniem specjalizacji w dziedzinie geriatry. Przyczynami różnic pomiędzy stanem docelowym a aktualnym w opiece nad przewlekle chorymi jest niewystarczające finansowanie świadczeń długoterminowych.
-----	--	--	---	---	--	---

## 5. ROZWÓJ OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ

5.4	Choroby psychiczne	Proponowana dostępność pozaszpitalnych form opieki	Zwiększenie liczby łóżek w zakładach opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych na bazie istniejącego potencjału, poprawa dostępności dla	Niewielka liczba zakładów tego typu w województwie zachodniopomorskim, z niewielką, niewyczerpującą potrzebą bazą łóżkową. Za małą liczbą medycznego personelu	1. Za małą liczbą zakładów, ambulatoriów, terapii dziennej dla chorych psychicznie.	1. Trudne warunki pracy w zakładach i innych zinstytucjonalizowanych formach w tej dziedzinie medycyny.
-----	--------------------	--	--	--	---	---

		Poprawa dostępności dla chorych w pobliżu miejsca ich zamieszkania Zwiększenie liczby psychiatrycznych łóżek w zakładach opiekuńczo-psychiatrycznych	chorych w pobliżu miejsca ich zamieszkania. Wzmocnienie kadry pielęgniarskiej i lekarskiej w niniejszej dziedzinie medycyny.	średniego szczebla w zakładach, ambulatoriach z tej dziedziny medycyny.	2. Za małą liczbą łóżek, które niewyczerpują potrzeb mieszkańców województwa zachodniopomorskiego. 3. Za małą liczbą personelu średniego oraz opiekunek.	2. Od dawna nie zwiększana baza łóżkowa, ani obiektowa w zakładach leczniczo-opiekuńczych psychiatrycznych na terenie województwa zachodniopomorskiego. 3. Słabe wynagrodzenie szczególnie do średniego personelu medycznego i opiekunek.
--	--	---	--	---	---	--

## 6. CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO

6.1	Kompleksowa opieka nad pacjentami chorymi na mukowiscydozę	Programy: 1. Żywieniowy – rozszerzenie możliwości żywienia dojelitowego, dożylnego, przez PEG; 2. Rehabilitacyjny – ćwiczenia oddechowe; 3. Współpracy oddziałów pulmonologii dziecięcej i osób dorosłych.	Kompleksowa opieka nad pacjentami chorymi na mukowiscydozę obejmująca leczenie ambulatoryjne i szpitalne w zakresie pulmonologii, gastrologii, żywienia, rehabilitacji, porad psychologa. Jeszcze do niedawna chorzy ci umierali przed osiągnięciem 18 roku życia. Obecnie wydłuża się czas ich życia (do 30-40 lat), co oznacza przejmowanie opieki nad pacjentami po ukończeniu 18 lat przez ośrodki pulmonologii osób dorosłych. Konieczna jest współpraca między ośrodkami leczącymi dzieci i dorosłych oraz utrzymanie wielospecjalistycznej opieki. W krajach europejskich zakłada się, że do 2025 roku co najmniej 75% pacjentów osiągnie wiek dorosły (w Holandii, czy Wielkiej Brytanii 80-90%).	Pacjenci chorzy na mukowiscydozę są leczeni w różnych oddziałach pediatrycznych i poradniach. Do ośrodka specjalistycznego trafiają niejednokrotnie w znacznie zaawansowanym stadium choroby, kiedy niewiele już można zrobić. Nie ma ośrodka oferującego pełną, kompleksową opiekę, a leczenie w ośrodkach dysponujących oddziałami pulmonologii i gastrologii jest niekorzystne finansowo (NFZ płaci za jedną hospitalizację).	Zastąpienie leczenia w różnych ośrodkach kompleksową opieką w ośrodku dysponującym szerokimi możliwościami leczenia i rehabilitacji. Stworzenie modelu przejmowania opieki nad chorymi po ukończeniu 18 lat.	Brak wielospecjalistycznego szpitala dziecięcego – stworzenie takiej jednostki pozwala na rozwinięcie kompleksowej opieki. Nieprawidłowe finansowanie leczenia w kilku oddziałach – finansowanie jednej hospitalizacji. Poprawa opieki nad chorymi na mukowiscydozę powinna skutkować przedłużeniem okresu życia, podobnie jak w innych krajach europejskich czy USA.
6.2	Opieka nad chorym z POChP w warunkach domowych	Poprawa dostępności do domowej tlenoterapii Redukcja liczby hospitalizacji w oddziałach pulmonologicznych i internistycznych	Osiągnięcie średniej dostępności dla Polski - 320 pkt na 10 tys. ubezpieczonych. Stworzenie nowych ośrodków domowego leczenia tlenem (DLT) tak aby objąć domową tlenoterapią wszystkich potrzebujących chorych zgodnie ze standardami domowej tlenoterapii opracowanymi przez międzynarodowy komitet GOLD oraz	ZOW NFZ posiada obecnie 16 miejsc w ramach dostępności do świadczeń na 10 tys. ubezpieczonych w ramach zakresu SOK - tlenoterapia domowa i wynosi 143 pkt na 10 tys. ub. Na dzień dzisiejszy w województwie zachodniopomorskim jest najmniej w Polsce osób korzystających z DLT, przy czym różnica dzieląca województwo od województwa świętokrzyskiego, gdzie największa ilość	W województwie powinno być przynajmniej 7-8 lub więcej ośrodków DLT (są 4) i powinny być równomiernie rozmieszczone (są: Koszalin, Szczecin, Gryfice), aby objąć opieką chorych i aby odległość do poradni nie była większa	Najistotniejszą przyczyną jest nieduża ilość poradni chorób płuc, która zatrudnia lekarza na pełen etat. W większości lekarze pracują popołudniami po pracy podstawowej i nie są zainteresowani dodatkowym obciążeniem jakim jest opieka nad ciężko chorym wraz z wizytą domową. Drugą przyczyną jest

			grono ekspertów Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc.	chorych jest taką opieką objęta, jest aż pięciokrotna. 9,6/osoby na 100 000 w zachodniopomorskim oraz 46,3/100 000 świętokrzyskie. Od początku DLT w Polsce województwo zachodniopomorskie było na ostatnim miejscu w Polsce w zakresie liczby leczonych chorych na 100 000 mieszkańców. Aktualnie działają w zachodniopomorskiem jedynie 4 ośrodki DLT (w tym dwa w Szczecinie i po jednym w Koszalinie i Gryficach), co obok małej ilości chorych objętych taką opieką powoduje całkowitą niedostępność takiej opieki w południowych obszarach województwa, a mowa o chorych niewydolnych oddechowo, dla których podróż do odległych poradni jest znacznie utrudniona.	jak 20-30 km. Należy dążyć do objęcia wszystkich chorych spełniających kryteria taka opieką	mała ilość poradni DLT co powoduje, że chorzy są z bardzo dużego regionu i wizyty domowe lekarza i pielęgniarki nadmiernie obciążają lekarza i podnoszą koszty prowadzenia ośrodka na bardzo dużym terenie. Trzecią przyczyną jest konieczność odbycia szkolenia w Warszawie, które to szkolenia przez okres trzech ostatnich lat nie były prowadzone, a szkolenie jest wymagane przez NFZ.
6.3	Stworzenie ośrodków rehabilitacji oddechowej	Dostępność chorych z chorobami układu oddechowego do rehabilitacji oddechowej Skrócenie czasu hospitalizacji w oddziałach pulmonologicznych i wewnętrznych	Stworzenie na terenie województwa przynajmniej jednego oddziału rehabilitacji oddechowej prowadzącego trzytygodniowe turnusy rehabilitacji oddechowej wg standardów opracowanych przez Polskie Towarzystwo Chorób Płuc i lokalnych ośrodków rehabilitacji prowadzących rehabilitację w okresie 4-10 tygodni i obejmujących trening siłowy, trening wytrzymałościowy oraz naukę skutecznego oddychania. Ośrodki rehabilitacji aby była bliżej chorego powinny powstać na bazie obecnych poradni rehabilitacji.	Aktualnie nie prowadzi się w województwie rehabilitacji oddechowej poza oddziałami pulmonologicznymi gdzie jednak ze względu na brak miejsc rehabilitacje taką w ograniczonym zakresie ( brak sali ćwiczeń, ergometrów rowerowych itd.) prowadzi się tylko przez okres pobytu chorego w oddziale choć wiadomo, że efekty przynosi rehabilitacja nie krótsza niż trzy, cztery tygodnie ( optymalnie 6 tyg.).	Brak rehabilitacji na terenie województwa. Konieczność wyjazdów do innych województw, co znacznie ogranicza możliwości chorych w ciężkich postaciach chorób przewlekłych. Brak programu rehabilitacji oddechowej w poradniach rehabilitacyjnych, które ograniczają się do chorych ortopedycznych i kardiologicznych, choć w przypadku tych ostatnich rehabilitacja jest bardzo podobna.	ZOW NFZ nie posiada kontraktu w zakresie Rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych. Zakres jest zakontraktowany w 12 na 16 województw. Historyczny brak świadomości istotności rehabilitacji w leczeniu przewlekłych chorób płuc a zwłaszcza POChP. Historycznie uwarunkowany ( obawa przed gruźlicą) strach przed leczeniem chorych kaszlących pomiędzy innymi chorymi co wyklucza tych chorych z poradni rehabilitacji.
6.4	Opieka paliatywna nad chorymi ze skrajnie ciężkimi postaciami przewlekłych chorób płuc	Redukcja liczby hospitalizacji w oddziałach szpitalnych	Zapewnienie każdemu choremu na skrajnie ciężką postać chorób układu oddechowego prowadzącą do przewlekłej niewydolności oddechowej opieki paliatywnej. Obecnie obowiązujące regulacje związane z opieką paliatywną zawarte są w zarządzeniu Prezesa Narodowego	Dotychczasowe doświadczenia opieki paliatywno-hospicyjnej obejmują jedynie chorych w schyłkowej fazie raka płuca. Obecnie w ramach dostępności do świadczeń opieki hospicyjnej stacjonarnej województwo zachodniopomorskie zajmuje 15 miejsce na 16, a w domowym 14. Opieką objęci są tylko chorzy z nowotworami, natomiast chorzy ze	Zupełny brak takiej opieki dla chorych z przewlekłymi chorobami płuc.	Główną przyczyną jest niedobór ośrodków opieki paliatywnej i zupełny ich brak w niektórych powiatach, co powoduje, że mając ograniczone możliwości skupiają się one na chorych z chorobami nowotworowymi. Sytuację pogarsza brak poradni chorób płuc



	(POChP, choroby śródmiąższowe)		<p>Funduszu Zdrowia (nr 63/2009//DSOZ z dnia 2 listopada 2009 r.) w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna. Opieką paliatywną powinni być objęci chorzy, u których leczenie przyczynowe nie prowadzi już do poprawy lub u których pojawiają się nowe objawy albo do tej pory występujące dolegliwości ulegają nasileniu. W takich sytuacjach wskazana jest konsultacja lekarza medycyny paliatywnej lub stała opieka paliatywna w zależności od indywidualnych potrzeb chorego.</p> <p>Zespół opieki paliatywnej z reguły składa się z lekarza, pielęgniarki, psychologa, a także w miarę możliwości-fizjoterapeuty, terapeuty zajęciowego, pracownika socjalnego i duchownego. Opieka paliatywna dla chorych na zaawansowane schorzenia układu oddechowego może przybierać takie formy, jak w przypadku opieki nad chorymi na zaawansowane nowotwory: szpitalne wspierające zespoły opieki paliatywnej, poradnie medycyny paliatywnej, zespoły domowej opieki paliatywnej, oddziały medycyny paliatywnej i hospicja stacjonarne, dzienne ośrodki opieki paliatywnej, poradnie wsparcia dla rodzin i osieroconych.</p>	<p>skrajnymi niewydolnościami oddechowymi, dla których obecnie w Polsce nie ma zarejestrowanego żadnego skutecznego leczenia, pozostają pomimo narastającej duszności pozbawieni opieki paliatywnej i hospicyjnej.</p>		<p>w niektórych powiatach, co w konsekwencji powoduje, że chory z niewydolnością oddechową wymagający na stałe tlenu, wsparcia psychicznego, fizykoterapii, w praktyce od momentu pojawienia się duszności przestaje prosperować w swoim otoczeniu i co kilka dni nawraca do kolejnych szpitali, SOR-ów lub wzywa pogotowie, co nie służy ani poprawie jego zdrowia ani kondycji psychicznej, a pociąga za sobą duże koszty. (W oparciu o zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące opieki paliatywnej w przewlekłych chorobach płuc Pneumonol. Alergol. Pol. 2012; 80, 1: 41–64).</p>
6.5	Wydzielenie odrębnego ośrodka leczenia gruźlicy	<p>Redukcja źródeł zakażenia</p> <p>Prawidłowa izolacja chorych</p>	<p>Stworzenie jednego wydzielonego (z osobnymi wejściami i osobnymi szlakami komunikacyjnymi, osobną pracownią rtg, gabinetami zabiegowymi i diagnostycznym pawilonem ftyzjatrycznym (do leczenia gruźlicy) składającego się z:</p> <p>1. Odcinka diagnostyczno-</p>	<p>Wg danych Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie</p> <p>1. Liczba nowych zachorowań na gruźlicę województwie zachodniopomorskim w roku 2014 wyniosła 199 i była niższa od zachorowań w latach ubiegłych : 238 w 2013 i 292 w roku 2011. Ale biorąc pod uwagę, że wielu</p>	<p>Wzorem wielu województw ( np. mazowieckie ) należy stworzyć w województwie zamiast kilku małych niezisolowanych w sposób nowoczesny pododdziałów jeden ośrodek z osobnym personelem spełniający</p>	<p>Przyczyną różnic między stanem docelowym a aktualnym są głównie zaszczości historyczne. Oba szpitale posiadające obecnie pododdziały ftyzjatryczne były uprzednio zakładami do leczenia jedynie gruźlicy. W wyniku poprawy sytuacji</p>

			<p>obserwacyjnego (na który trafią chorzy podejrzani o gruźlicę): 20 łóżek z pojedynczymi ( max dwuosobowymi) salami z węzłami sanitarnymi i śluzami. Z możliwością izolacji chorych do czasu uzyskania rozpoznania. Odcinek ten powinien posiadać własny gabinet zabiegowy i własną kuchenkę oddziałową ( jeżeli problem żywienia nie zostanie rozwiązany cateringiem), osobną dyżurkę pielęgniarek, pracownię rtg i pracownię usg z dostępem do pracowni bronchoskopowej.</p> <p>2. Oddział do leczenia rozpoznanej gruźlicy prątkującej ok. 45 łóżek (możliwe sale 2-4 osobowe) z węzłami sanitarnymi, śluzami, własnym gabinetem zabiegowym, osobną dyżurką pielęgniarek i kuchenką. W odcinku tym dodatkowo oddzielony służą:</p> <p>2a. pododcinek do leczenia gruźlicy nieprątkującej i mykobakterioz (ok. 15 łóżek), bez konieczności osobnej dyżurki pielęgniarek i gabinetu zabiegowego (chorzy w trakcie terapii)</p> <p>2b. Kilka izolatek ze śluzami do leczenia gruźlicy wielolekoopornej ( MDR, XDR)</p> <p>Stworzenia takiego pawilonu przy istniejącym już szpitalu z oddziałami pulmonologicznymi pozwoliłoby na korzystanie z bazy diagnostycznej oddziałów pulmonologicznych oraz przekazywanie chorych, u których nie potwierdzono by gruźlicy, do dalszej diagnostyki w oddziale pulmonologicznym.</p>	<p>województwach odnotowuje się wzrost zachorowań należy się liczyć, ze średnią zachorowań rzędu 200 nowych przypadków gruźlicy na terenie województwa.</p> <p>2. Liczba chorych potwierdzonych bakteriologicznie ( prątkujących) i wymagających bezwzględnie izolacji wyniosła w 2014 roku 154 chorych a w roku 2013- 189 chorych</p> <p>3. Średni pobyt chorego na gruźlicę wynosi:</p> <p>a. 78,2 osobodnia dla chorych potwierdzonych bakteriologicznie (prątkujących), co łącznie daje 12 043 osobodni leczenia</p> <p>b. 25 osobodni dla chorych niepotwierdzonych bakteriologicznie (potwierdzonych histopatologicznie), co daje łącznie 1350 osobodni</p> <p>Województwo dysponuje 24 łózkami do leczenia gruźlicy w Specjalistycznym Szpitalu im. A. Sokołowskiego w Szczecin i 20 łóżek w Specjalistycznym Zespole Gruźlicy i Chorób Płuc w Koszalinie co daje 44 łóżka do leczenia gruźlicy niewydzielonych ze struktur oddziałów pulmonologicznych co utrudnia a nawet wręcz uniemożliwia izolację chorych.</p>	<p>standardy oddziałów chorób zakaźnych i umożliwiając izolację przy zachowaniu pełni praw pacjenta.</p>	<p>epidemiologicznej i spadku zachorowań na gruźlicę przy wzroście zachorowań na choroby odtytoniowe (rak płuca POChP) miejsce oddziałów ftyzjatrycznych zajęły oddziały pulmonologiczne pozostawiając szczątkowe twory do leczenia gruźlicy. Jednak obecnie, koniecznie musimy uwzględnić, że w ostatnich latach całkowicie zmienił się profil chorych na gruźlicę. Dotychczas największą grupę stanowili chorzy ze złych warunków ekonomicznych często z marginesu społecznego często obciążeni alkoholizmem. Obecnie wzrasta liczba chorych: po leczeniu immunosupresyjnym (przeszczepy nerek serca wątroby, choroby immunologiczne, kolagenozy), po leczeniu biologicznym zwłaszcza antyTNF, po leczeniu onkologicznym (białaczki, chłoniaki), chorzy zakażeni wirusem HIV. Z przyczyn epidemiologicznych chorzy Ci obarczeni dużymi zaburzeniami odporności nie powinni przebywać w wspólnych salach ani ze sobą, ani z innymi chorymi pulmonologicznymi więc trzeba myśleć nie tylko o izolacji chorych z gruźlicą od innych chorych, ale nawet o izolacji chorych z gruźlicą między sobą. Zwłaszcza należy izolować chorych z prątkami opornymi na standardowe leczenie przeciwprątkowe od chorych po leczeniu immunosupresyjnym</p>
--	--	--	--	---	--	---



						<p>czego obecne oddziały absolutnie nie są w stanie spełnić.</p> <p>Reasumując: mamy mniej przypadków gruźlicy, ale zdecydowanie trudniejsze (u chorych po przeszczepach, u chorych z AIDS, u chorych nowotworowych itd.) przy równoczesnym wzroście gruźlicy odpornej na standardowe leczenie co wymaga nowoczesnego spojrzenia na izolację chorych nawet pomiędzy sobą. Osobny pawilon gruźliczy jest w stanie zabezpieczyć również przed napływem zza wschodniej granicy chorych z lekoopornością wtórną, których mimo odległości nie jest w naszym województwie wcale mało bowiem w Polsce składają oni prośbę o azyl i nieomal natychmiast wyjeżdżają do Niemiec skąd w przypadku stwierdzenia choroby są przez niemieckie władze sanitarne natychmiast dostarczane do granicy, czyli do naszego województwa.</p> <p>Wobec powyższego należy przekierować środki zarówno z NFZ, których w naszym województwie na leczenie chorób płuc przeznaczają się zdecydowanie mniej niż w innych województwach, jak i od władz województwa do szpitala w Zdunowie celem dokończenia projektu tworzenia na posiadanym rozległym terenie osobnego pawilonu dla chorych na gruźlicę</p>
--	--	--	--	--	--	---

## 7. LECZENIE ONKOLOGICZNE

7.4	Neurochirurgia – leczenie onkologiczne	Poprawa możliwości operacyjnych procesów nowotworowych mózgowia i rdzenia kręgowego		<p>Dostępność: W dostępności do świadczeń na 10 tys. mieszkańców z zakresu neurochirurgii leczenie szpitalne województwo zachodniopomorskie zajmuje 2 miejsce w Polsce.</p> <p>Migracje: W 2015 roku migracja pacjentów poza województwo zachodniopomorski na leczenie neurochirurgiczne stacjonarne wyniosła około 7 mln. zł, jednocześnie do ZOW NFZ na leczenie przyjechało pacjentów na wartość świadczeń ponad 5 mln. zł.</p> <p>Zasoby: W województwie funkcjonuje 5 oddziałów neurochirurgicznych: 3 w Szczecinie i po jednym w Koszalinie i Gryficach.</p>		
-----	--	---	--	--	--	--

## 9. POZOSTALE

9.2	Wzmocnienie zasobów rehabilitacji leczniczej	Poprawa jakości i efektywności leczenia	<p>W województwie należy poprawić dostęp do rehabilitacji leczniczej, a w szczególności do rehabilitacji wczesnej neurologicznej, kardiologicznej i narządu ruchu. Zauważa się również potrzeby w zakresie rehabilitacji osób leczonych onkologicznie i pulmonologicznie. Założono zwiększenie liczby łóżek rehabilitacyjnych do co najmniej 42 na 100 tys. mieszkańców i wzmocnienie funkcjonowania dużych specjalistycznych ośrodków rehabilitacyjnych (wg kierunków rozwoju opieki długoterminowej i rehabilitacji leczniczej w województwie zachodniopomorskim na lata 2010-2015 – opracowanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego).</p>	<p>W województwie jest niewystarczający dostęp do rehabilitacji leczniczej, świadczą o tym długie kolejki oczekujących na uzyskanie świadczenia.</p> <p>W 2014 r. w oddziałach rehabilitacyjnych stacjonarnych funkcjonowało 633 łóżek (37 łóżek na 100 tys. mieszkańców).</p>	Różnica pomiędzy stanem docelowym (2018 r.) a aktualnym (2014 r.) wynosi 85 łóżek.	Przyczyną różnic pomiędzy stanem docelowym a aktualnym w zapewnieniu odpowiedniej dostępności do rehabilitacji leczniczej jest zbyt niski poziom kontraktowania świadczeń i duże zapotrzebowanie na tego rodzaju świadczenia.
-----	--	---	---	--	--	---

9.6	Poprawa jakości i efektywności leczenia specjalistycznego	Wzmocnienie zasobów leczenia specjalistycznego w ośrodkach regionalnych poprzez modernizację i wprowadzanie nowoczesnych technologii diagnostycznych i terapeutycznych w leczeniu m.in. chorób płuc, układu trawiennego i moczowo-płciowego.	Zachowanie i modernizacja istniejącej bazy specjalistycznych podmiotów leczniczych o znaczeniu regionalnym.	W województwie zachodniopomorskim leczenie specjalistyczne jest skupione w dwóch głównych ośrodkach podregionalnych: Szczecinie i Koszalinie oraz w ośrodkach o mniejszym zakresie specjalności medycznych, jak: Gryfice, Kołobrzeg, Stargard, Choszczno, Szczecinek. Rozmieszczenie ośrodków jest dość równomierne, ich wieloletnie funkcjonowanie, posiadane zasoby wysoko kwalifikowanej kadry medycznej i doświadczenie zapewniają prawidłowy dostęp do świadczeń specjalistycznych. Wyposażenie szpitali w nowoczesną aparaturę i sprzęt medyczny jest dość dobre, lecz niewystarczające, a istniejący sprzęt nie jest dostatecznie unowocześniany. Dalsza skuteczna działalność podmiotów zlokalizowanych w wymienionych miastach wymaga systematycznego odnawiania bazy i wprowadzania nowoczesnych technologii medycznych.	Różnicą pomiędzy stanem docelowym a aktualnym w zakresie leczenia specjalistycznego w ośrodkach regionalnych jest poprawienie stanu techniczno-sanitarnego i wyposażenie szpitali w nowoczesną aparaturę i sprzęt medyczny, co wpłynie na poprawę warunków leczenia, podniesienie bezpieczeństwa zdrowotnego oraz skrócenie kilkumiesięcznego oczekiwania na leczenie w niektórych oddziałach specjalistycznych oraz wykonanie np. badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.	Przyczyną różnic pomiędzy stanem docelowym a aktualnym zasobów leczenia specjalistycznego w ośrodkach regionalnych są ograniczone środki finansowe na modernizację i odnowę medycznego. Stałe dostosowanie do standardów technicznych i sanitarnych, równomierne i racjonalne rozmieszczenie wyspospecjalistycznej aparatury medycznej, dobry stan techniczny sprzętu oraz wprowadzanie nowoczesnych metod diagnostycznych podniesie poziom bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców województwa zachodniopomorskiego.
9.8	Program przeszczepiania szpiku Program pobierania narządów po nieodwracalnym zatrzymaniu krążenia	Do chwili obecnej województwo nie posiada własnego programu przeszczepiania szpiku, przez co nasi pacjenci przeszczepiani są w innych ośrodkach, a koszt tych zabiegów ponoszony przez NFZ to około 5 mln zł		W 2015 roku migracja na przeszczep szpiku dla mieszkańców województwa zachodniopomorskiego kosztowała około 8 mln zł		
9.9	Neurochirurgia – intensywna neurorehabilitacja	Stworzenie miejsc (ośrodka) neurorehabilitacyjnych dla chorych po leczeniu ciężkich schorzeń ośrodkowego układu nerwowego.	Chory po zakończeniu intensywnego leczenia ciężkiego schorzenia układu nerwowego (guz mózgu/rdzenia, udar krwotoczny niedokrwienny, uraz mózgu/rdzenia) powinien w sposób ciągły przekazany być bezpośrednio do jednostki prowadzącej intensywną neurorehabilitację. Oczekiwanie chorego w oddziale szpitalnym neurochirurgii lub	W województwie nie istnieją obecnie ośrodki neurorehabilitacji. Powoduje to przedłużoną hospitalizację chorych w oddziałach neurochirurgii i neurologii po zakończeniu właściwego leczenia. Zajmowane w ten sposób miejsca nie są wykorzystane właściwie, co generuje koszty i wydłuża czas oczekiwania na przyjęcie innych chorych, przy pogarszającym się ostatecznym wyniku leczenia oczekujących	Stan aktualny to brak możliwości płynnego, systemowego przekazywania chorych z ośrodków neurochirurgii i neurologii do ośrodków neurorehabilitacji. Spowodowane tym przedłużanie hospitalizacji	Przyczyną różnic jest brak ośrodków neurorehabilitacji na terenie województwa, a co za tym idzie rozproszenie wyspospecjalizowanej kadry i niedostateczne jej wykorzystanie.

			<p>neurologii na kontynuację leczenia w formie intensywnej neurorehabilitacji nie powinno przekraczać 3 dni. Ostateczny wynik leczenia uzależniony jest od podjęcia rehabilitacji układu nerwowego natychmiast po zakończeniu intensywnego leczenia neurochirurgicznego czy też neurologicznego. Opóźnianie podjęcia działań rehabilitacyjnych powyżej 3 dni obniża ostateczny wynik leczenia nawet przy bardzo dobrym efekcie wstępnym. W tym zakresie wymagane jest stworzenie co najmniej dwóch ośrodków intensywnej neurorehabilitacji. Konieczne jest też stworzenie w ramach tych jednostek miejsc respiratorowych dla chorych niewydolnych oddechowo, a wymagających intensywnej neurorehabilitacji. W zakresie neurorehabilitacji nieintensywnej czas jej rozpoczęcia po zakończeniu leczenia neurochirurgicznego lub neurologicznego nie powinien przekraczać 30 dni.</p>	<p>na intensywne postępowanie rehabilitacyjne. Brak kontynuacji leczenia powoduje niezorganizowane i niesystemowe przekazywanie chorych do różnych, dysponujących akurat w danym momencie wolnym łóżkiem, ośrodków. Brak jednostek neurorehabilitacji prowadzi do rozproszenia kadry medycznej wyspecjalizowanej w tym zakresie w ośrodkach nieprofilowanych i nieoptymalne jej wykorzystanie.</p>	<p>pogarsza sprawne funkcjonowanie oddziałów, wydłuża kolejki i obniża wynik leczenia. Organizacja ośrodków neurorehabilitacji pozwoli na usprawnienie ruchu chorych, stworzy możliwość sprawnej kontynuacji leczenia, a co za tym idzie poprawę jego efektu. Krótszy czas zajmowania łóżka w oddziale skróci też czas oczekiwania na nie innych chorych.</p>	
9.12	Choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego (endokrynologia)	<p>Proponowana dostępność pozaszpitalnych form opieki Poprawa dostępności dla chorych w pobliżu miejsca ich zamieszkania.</p>	<p>Zwiększenie liczby poradni specjalistycznych na terenie województwa zachodniopomorskiego.</p>	<p>Obecnie dostępność na 10 tys. mieszkańców do świadczeń ambulatoryjnych w zakresie endokrynologii stawia województwo zachodniopomorskie na 11 miejscu w kraju. Obszarem kontraktowania są dwa podregiony: szczeciński i koszaliński, z czego w koszalińskim jest bardzo niski wskaźnik zabezpieczenia świadczeń. Poradnie znajdują się tylko w 7 powiatach województwa.</p>	<p>1. Mała dostępność do zabezpieczenia medycznego z dziedziny endokrynologii. 2. Stosunkowo niewielka liczba poradni specjalistycznych i przyszpitalnych na terenie województwa zachodniopomorskiego. 3. Utrudniony kontakt z lekarzem z przedmiotowej dziedziny.</p>	<p>Trudność odbycia specjalizacji z zakresu endokrynologii</p>
9.13	Poprawa wyników leczenia schorzeń	<p>Utworzenie 3-4 centrów endoskopii interwencyjnej na terenie województwa</p>	<p>Stworzenie centrów endoskopii interwencyjnej wykonujących procedury z zakresu endoskopii zabiegowej w trybie pilnym tzn. diagnostyka i leczenie</p>	<p>Aktualnie na terenie woj. zachodniopomorskiego brakuje oddziałów szpitalnych wyspecjalizowanych w tego typu procedurach. Chorzy leczeni są we wszystkich</p>	<p>1. Brak oddziałów szpitalnych wykonujących procedury z zakresu endoskopii zabiegowej w</p>	<p>Brak spójnej polityki odnośnie realizowania potrzeb zdrowotnych w zakresie gastroenterologii i endoskopii. Finansowanie przez</p>

	przewodu pokarmowego wymagających pilnej interwencji endoskopowej	zachodniopomorskiego	krwotoków z przewodu pokarmowego oraz endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna w przypadku ostrego zapalenia trzustki i dróg żółciowych. Oprócz pracowni endoskopowej w takich ośrodkach muszą funkcjonować oddziały chirurgii przewodu pokarmowego, intensywnej terapii medycznej(OIOM) oraz zakład radiologii interwencyjnej. Ze względu na wymóg pełnienia 24-godzinnych dyżurów endoskopowych, konieczne będzie dodanie lub wydzielenie 5-8 łóżek na potrzeby tego typu ośrodków.	szpitalach (położonych najbliżej miejsca zamieszkania) co skutkuje brakiem właściwej terapii w odpowiednio szybkim czasie, wynikającym z ubogiego wyposażenia tzw. szpitali rejonowych w odpowiedni sprzęt i niewielkiego doświadczenia lekarzy w leczeniu tych schorzeń.	trybie pilnym	płatnika "po równo" zarówno tych placówek, które wykonują pełny zakres zabiegów, jak i tych, które nie zajmują się kompleksowym leczeniem schorzeń gastrologicznych wymagających pilnej interwencji endoskopowej.
9.17	Poprawa istniejącej infrastruktury szpitali powiatowych	Poprawa jakości i efektywności leczenia oraz zabezpieczenia kontynuacji świadczenia usług zdrowotnych przez szpitale powiatowe w zakresie stacjonarnego leczenia szpitalnego.	Doprowadzenie infrastruktury szpitali powiatowych do standardów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Stworzenie bezpiecznych warunków odpowiadających normom sanitarnym.	1. Dane statystyczne, wskazujące, iż 70% szpitali powiatowych nie spełnia kryteriów rozporządzenia Ministra Zdrowia. 2. W dotychczasowej perspektywie finansowania brak wsparcia w pozyskiwaniu środków publicznych na działania dostosowawcze w zakresie infrastruktury. 3. Brak gwarancji istnienia szpitali powiatowych w obecnym zakresie działalności leczniczej po terminie wskazanym na dostosowanie.	Niedostosowanie pomieszczeń i urządzeń do wymogów zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w 70% szpitali powiatowych.	1. Brak programów dla szpitali powiatowych w odniesieniu do poprawy ich infrastruktury i tym samym dostosowania do wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, 2. Dysproporcje w poziomach udzielanego wsparcia finansowego pomiędzy różnymi podmiotami leczniczymi w województwie.

## 2. Strategia i wdrażanie – Priorytety zdrowotne wraz z proponowanymi przekierowaniami strumienia finansowego płatnika publicznego

lp	Priorytet	Cel	Horyzont-Czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie	Proponowane przekierowanie strumienia finansowego płatnika publicznego
	<i>Zwięzłe i hasłowe określenie działania lub celu o szczególnie istotnym znaczeniu dla opieki zdrowotnej w województwie</i>	<i>Uszczegółowienie priorytetu poprzez wskazanie jednego lub więcej celów lub działań do zrealizowania w ramach danego priorytetu</i>	<i>Określenie perspektywy wdrożenia priorytetu, jako krótko- (do 2020 roku) czy długoterminowego (poza 2020 rok)</i>	<i>Wskazanie sposobów i metod jakimi wdrażany będzie określony priorytet. Można tu także wskazać preferowane formy organizacyjne lub instytucjonalne opieki zdrowotnej</i>	<i>Propozycja parametrów, na podstawie których oceniany będzie postęp wdrażania priorytetu (mierniki procesu, wyniki)</i>	<i>Zwięzłe – ograniczone ok. 300 znaków</i>	
<b>1. POPRAWA OPIEKI NAD MATKĄ I DZIECKIEM</b>							
1.1	Poprawa dostępności dla dzieci do leczenia gastrologicznego	Zapewnienie specjalistycznej opieki gastrologicznej dla dzieci.	Krótkoterminowy	1. Zwiększenie finansowania przez NFZ usług z dziedziny gastrologii dziecięcej zarówno w zakresie opieki ambulatoryjnej, jak i szpitalnej. 2. Zmiana organizacji pracy w jednostkach. 3. Wyższa wycena przez NFZ stosowanych procedur gastrologicznych. 4. Przygotowanie do samodzielnej pracy w zakresie gastrologii dziecięcej lekarza/lekarzy zatrudnionych na oddziale pediatrycznym wraz z możliwością wykonywania gastroduodenoskopi.	Skrócenie czasu oczekiwania na wizytę w poradni gastrologii dziecięcej (corocznie) oraz na hospitalizację planową na oddziale gastrologii dziecięcej (corocznie).	1. Wyrównanie nierówności zdrowotnych. 2. Poprawa jakości opieki nad dziećmi. 3. Stosowanie nowoczesnego leczenia wybranych chorób przewodu pokarmowego.	
1.2	Okulistyka dziecięca	Stworzenie przynajmniej jednego oddziału dziecięcego okulistycznego w woj. zachodniopomorskim mającego odrębny kontrakt z NFZ.	Krótkoterminowy	1. Odrębny kontrakt z NFZ. 2. Realne oszacowanie kosztów procedur okulistycznych u dzieci.	Kwartalna kontrola liczby przyjmowanych i zoperowanych pacjentów na oddziale dziecięcym.	1. Stworzenie przynajmniej jednego oddziału dziecięcego okulistycznego oraz urealnienie kosztów procedur przyczyni się do zwiększenia liczby operacji przeciwjaskrowych, zaćm, zeza, wrodzonych i szybkiej diagnostyki chorób dziedzicznie uwarunkowanych. 2. Wcześniejsze wykonanie operacji przeciwjaskrowych oraz zaćm wrodzonych u dzieci przyczyni się do lepszych i długoterminowych wyników	

						<p>funkcji wzroku.</p> <p>3. Wczesna diagnostyka chorób dziedzicznie wrodzonych uchroni przed próbami nieskutecznego leczenia oraz pozwoli rodzicom na ustalenie odpowiedniego cyklu edukacyjnego, który w przyszłości będzie miał wpływ na wybór zawodu umożliwiającego samodzielne życie pacjenta.</p>	
1.3	Otorynolaryngologia dziecięca	Zwiększenie dostępności leczenia chirurgicznego głębokich niedosłuchów u dzieci przy pomocy implantów słuchowych.	Krótkoterminowy	Zwiększenie limitów przez NFZ. Oddziały laryngologiczne działające na terenie województwa zachodniopomorskiego są gotowe na leczenie większej liczby pacjentów.	Skrócenie kolejek. Zmniejszenie odsetka dzieci leczonych poza województwem zachodniopomorskim.	<p>Leczenie niedosłuchów przy zastosowaniu implantów słuchowych jest prowadzone od wielu lat w Klinice Otolaryngologii SPSK 1 PUM w Szczecinie. Leczenie niedosłuchów przewodzeniowych (usuwanie migdałków i drenaże wentylacyjne) – we wszystkich oddziałach laryngologicznych naszego województwa zachodniopomorskiego. Aktualne limity powodują, że dzieci są leczone poza województwem, za co ostatecznie płaci NFZ. Szybkie wdrożenie leczenia w tej grupie pacjentów ma kluczową rolę w przywracaniu dzieci głuchych do społeczeństwa, a co się z tym wiąże możliwością ukończenia szkoły i istnienia na rynku pracy w przyszłości. Kolejna grupa to dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, u których w wyniku przerostu trzeciego migdałka doszło do wysiękowego zapalenia uszu i niedosłuchu przewodzeniowego. Obowiązujące obecnie limity nałożone przez NFZ powodują, że dzieci te czekają około 2 lat w kolejce na leczenie. W tym czasie mają gorszy rozwój mowy, gorsze wyniki w nauce, a w najgorszym razie trwałe uszkodzenie słuchu.</p>	



1.4	Poprawa specjalistycznej, kompleksowej opieki nad matką i dzieckiem	Wzmocnienie działań na rzecz poprawy infrastruktury i zasobów kadrowych w obszarach opieki nad matką i dzieckiem. Przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym. Poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.	Długoterminowy	1. Wsparcie ponadregionalnych i regionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i ambulatoryjnych w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii oraz innych oddziałów i poradni zajmujących się leczeniem dzieci. 2. Zakontraktowanie świadczeń rehabilitacyjnych i psychiatrycznych dla dzieci. 3. Utworzenie ośrodka leczenia dzieci, który wykonywałby kompleksowe, specjalistyczne świadczenia na rzecz dzieci we wszystkich rodzajach świadczeń. 4. Promowanie podmiotów udzielających świadczeń dla dzieci w ramach poradni/oddziałów dla dorosłych.	Zwiększenie liczby poradni dziecięcych i utworzenie w północnej części województwa (grupa powiatów) ośrodka kompleksowej opieki nad dzieckiem (ośrodek z poradniami specjalistycznymi i dobrą bazą diagnostyczną). Zmniejszenie umieralności noworodków i niemowląt. Poprawa stanu zdrowia dzieci oraz kobiet, w szczególności w ciąży i w okresie połogu.	Obecnie dzieci przyjmowane są w ramach poradni dla dorosłych. Problemem jest dostępności do ambulatoryjnych poradni dziecięcych, które wymagają specjalistycznej wiedzy, doświadczenia i sprzętu. Wobec powyższego nie wszyscy świadczeniodawcy przyjmują dzieci. Powinna nastąpić intensyfikacja działań, mająca na celu zapewnienie optymalnego standardu w zakresie opieki nad matką i dzieckiem. Chodzi m.in. o rozwój nowoczesnej infrastruktury w dziedzinach medycyny ukierunkowanych na opiekę nad matką i dzieckiem i dostosowanie kształcenia kadr medycznych do identyfikowanych potrzeb. Najważniejsze w ramach tego kierunku jest zwiększenie zakresu programów zdrowotnych skierowanych do kobiet w okresie ciąży i połogu oraz dostosowanie opieki prenatalnej do modelu późnego macierzyństwa.	
1.5	Utworzenie poradni echokardiografii płodowej	Echokardiografia płodowa z udziałem kardiologów dziecięcych, celem oceny morfologii wady oraz terminu i miejsca rozwiązania ciąży	Krótkoterminowy	Współpraca z oddziałem położniczo-ginekologicznym.	Liczba specjalistów w stosunku do liczby mieszkańców – aktualnie na 100 000 ludności przypada 0,46 kardiologów dziecięcych w województwie. Porównanie z krajami UE i USA	Z uwagi na brak w województwie ośrodka kardiologii dziecięcej, bezpieczny transport „in utero” do ośrodka referencyjnego.	
1.6	Usprawnienie opieki zdrowotnej nad kobietą i dzieckiem	Poprawa jakości i efektywności systemu ochrony zdrowia, zwiększających poziom bezpieczeństwa i satysfakcji pacjentów. Wsparcie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji zaburzeń i wad rozwojowych.	Krótkoterminowy	1. Programy profilaktyki zdrowotnej. 2. Wczesne wykrywanie wad rozwojowych.	Liczba nowych form opieki.	Zbyt wysoki wskaźnik umieralności niemowląt i wzrost niepełnosprawności wśród dzieci i młodzieży w województwie.	

1.7	Poprawa warunków pracy oddziałów chirurgii dziecięcej	Modernizacja istniejących oddziałów i remont kapitalny z przebudową bloku operacyjnego. Zwiększenie ilości specjalistów chirurgii dziecięcej w tych oddziałach.	Krótkoterminowy	Niezbędne nakłady inwestycyjne na przebudowę i modernizację oddziału chirurgii dziecięcej w szpitalach na terenie podregionu koszalińskiego. Stworzenie motywacji do zatrudnienia w tych oddziałach specjalistów i podjęcia szkoleń specjalizujących w ramach wolnych miejsc szkoleniowych.	Monitorowanie dostosowania warunków lokalowych oddziałów do aktualnych wymogów ustawowych, oraz ilości kadry lekarskiej odpowiednio do prawidłowego funkcjonowania oddziału. Czas oceny: co 2 lata.	Brak dostosowania niektórych bloków operacyjnych i sal na oddziałach do wymogów ustawowych. Brak odpowiedniej ilości specjalistów chirurgii dziecięcej nie zapewnia bezpieczeństwa pacjentów, szczególnie na dyżurach. Zaawansowany wiek kadry lekarskiej może uniemożliwić pracę oddziałów.	Modernizacja oddziałów finansowana przez podmiot tworzący.
1.8	Poprawa diagnostyki i leczenia endoskopowego stosowanego u dzieci w trybie pilnym (krwotok z przewodu pokarmowego, połknięcie niektórych ciał obcych)	1. Zapewnienie szybkiej diagnostyki i leczenia dzieciom z krwawieniem z przewodu pokarmowego. 2. Zapewnienie szybkiego usunięcia z przewodu pokarmowego połkniętych ciał obcych uszkodzających jego strukturę (baterie, ostre przedmioty, zasady, kwasy) oraz wszystkich ciał które utkną w przełyku.	Krótkoterminowa	Utworzenie co najmniej dwóch ośrodków pełniących dyżury endoskopowe w podregionie M. Szczecin oraz w miarę możliwości trzeciego w podregionie koszalińskim.	Ilość endoskopii wykonanych u dzieci w trybie pilnym, dyżurowym.	1. Wyrównanie nierówności zdrowotnych. 2. Poprawa jakości opieki nad dziećmi. 3. Stosowanie nowoczesnego leczenia wybranych chorób przewodu pokarmowego.	
1.9	Poprawa rozpoznawania i leczenia niedożywienia u dzieci z chorobami przewlekłymi w warunkach domowych	1. Zmniejszenie częstości występowania niedożywienia wśród dzieci z chorobami przewlekłymi. 2. Skrócenie czasu hospitalizacji dzieci z zaburzeniami karmienia. 3. Stosowanie nowoczesnych i bez działań niepożądanych sposobów leczenia dzieci z niektórymi chorobami przewlekłymi przewodu pokarmowego np. choroba Crohna, eozynofilowe zapalenie przewodu pokarmowego	Krótkoterminowy	1. Rozwój istniejących poradni żywienia domowego 2. Otwarcie nowej poradni żywienia domowego w podregionie koszalińskim.	1. Wzrost liczby dzieci leczonych w poradniach żywienia domowego do wartości stwierdzanych w innych regionach Polski (ocena coroczna). 2. Spadek średniej wielkości czasu hospitalizacji dzieci z zaburzeniami karmienia (ocena coroczna). 3. Zwiększenie dostępności dzieci z chorobami przewodu pokarmowego do nowoczesnych terapii żywieniowych (ocena coroczna).	1. Wyrównanie nierówności zdrowotnych. 2. Poprawa jakości opieki nad dziećmi przewlekle chorymi, z niedożywieniem. 3. Stosowanie nowoczesnego leczenia wybranych chorób przewodu pokarmowego. W województwie zachodniopomorskim jest najniższy odsetek dzieci objętych żywieniem domowym. Istnieją tylko 2 poradnie żywienia domowego.	

## 2. OPIEKA HOSPICYJNA I PALIATYWNA

2.1	Opieka paliatywna i hospicyjna	Poprawa jakości i skuteczności opieki nad pacjentem w stanie terminalnym obejmująca obok chorych na raka również osoby przewlekle chore na choroby układu oddechowego jak i schyłkową niewydolność krążenia.	Krótkoterminowy	Utworzenie w grupie powiatów (wałeccki, szczecinecki oraz drawski) hospicjum stacjonarnego. Promowanie podmiotów świadczących usługi w ramach hospicjum domowego.	Dążenie do poprawy dostępności do świadczeń stacjonarnych do poziomu średniej krajowej. Wyrównanie dostępności w powiatach w zakresie hospicjum domowego.	Obecnie w ramach dostępności do świadczeń opieki hospicyjnej stacjonarnej woj. zachodniopomorskie zajmuje 15 miejsc na 16, a w domowym 14. Brak w grupie powiatów opieki długoterminowej i hospicyjnej. Rozszerzenie opieki hospicyjnej domowej spowoduje zmniejszenie liczby hospitalizowanych pacjentów w zakresie hospicjum stacjonarnego i oddziałów szpitalnych. Zapewnienie opieki w środowisku domowym i poprawę jakości życia pacjentów w stanie terminalnym.	
2.2	Medycyna paliatywna i leczenia bólu	Proponowana dostępność pozaszpitalnych form opieki. Poprawa dostępności dla chorych w pobliżu miejsca ich zamieszkania. Zwiększenie liczby łóżek na oddziałach medycyny paliatywnej i leczenia bólu.	Krótkoterminowy.	Zwiększenie liczby łóżek na istniejących oddziałach tego typu. Należy dążyć do proporcjonalnego w stosunku do potrzeb zwiększenia bazy łóżkowej w przedmiotowym zakresie.	Liczba osób objętych opieką w miastach powyżej 100 tys. mieszkańców w stosunku do liczby objętych opieką.	Utrudniony dostęp do świadczeń medycznych w przedmiotowym zakresie.	Finansowanie oddziałów w ramach kontraktów z NFZ. Zwiększenie bazy łóżkowej warunkiem wprowadzenia kilkuprocentowego zwiększenia kontraktu na danym obszarze, co zapewni także możliwość wzrostu wynagrodzeń dla personelu pracującego na tym oddziale.

## 3. OPIEKA DŁUGOTERMINOWA

3.1	Opieka długoterminowa	Poprawa dostępności do świadczeń opieki długoterminowej	Krótkoterminowy	Zwiększenie ilości pacjentów objętych opieką długoterminową zarówno stacjonarną jak i domową.	Dążenie do poprawy dostępności do świadczeń stacjonarnych do poziomu średniej krajowej. Monitorowanie obłożenia łóżek.	Obecnie w ramach dostępności do świadczeń opieki długoterminowej woj. zachodniopomorskie zajmuje 13 miejsc na 16.	
3.2	Opieka postintensywna	Poprawa dostępności miejsc dla chorych po zakończeniu leczenia w oddziałach intensywnej	Krótkoterminowy	Utworzenie kilku równomiernie rozmieszczonych oddziałów przewlekłej wentylacji w warunkach stacjonarnych lub	Monitorowanie dostępności i obłożenia łóżek wentylatorowych.	Obecnie najdroższe deficytowe łóżka intensywnej terapii blokowane są przez chorych, u których leczenie intensywne zostało zakończone, a którzy nadal	

		terapii wymagających kontynuacji leczenia wentylacyjnego.		zwiększenie liczby stanowisk wentylatorowych w zakładach opiekuńczo-leczniczych.		wymagają wentylacji. W województwie nie ma miejsc, do których mogliby być przekazani. Utworzenie oddziałów przewlekłej wentylacji pośrednio odblokuje dostępność łóżek intensywnej terapii i ich racjonalne wykorzystanie.	
3.3	Zwiększenie dostępności do miejsc w zakładach opiekuńczo-leczniczych i w opiece długoterminowej	Obniżenie wskaźnika hospitalizacji psychiatrycznych; udzielanie adekwatnej opieki.	Krótkoterminowy	Utworzenie nowych miejsc w zakładach opiekuńczo-leczniczych i w ośrodkach dla przewlekłe chorych.	Liczba osób objętych opieką w stosunku do liczby potrzebujących.	Ogromne deficyty w ilości miejsc w omawianych jednostkach dla pacjentów nierokujących poprawy stanu zdrowia psychicznego; starzenie się społeczeństwa woj. zachodniopomorskiego; niewydolność opiekuńcza rodzin ze względu na zmiany cywilizacyjne w funkcjonowaniu społecznym.	

#### 4. ROZWÓJ KOMPLEKSOWEJ OPIEKI I POPRAWA JAKOŚCI, DOSTĘPNOŚCI I SKUTECZNOŚCI LECZENIA STARZEJĄCEGO SIĘ SPOŁECZEŃSTWA

4.1	Rozwój kompleksowej opieki oraz poprawa jakości, dostępności i skuteczności leczenia starzejącego się społeczeństwa	Z uwagi na starzenie się społeczeństwa oraz wydłużenie średniego czasu życia znacząco wzrasta ilość pacjentów z chorobami neurologicznymi, kardiologicznymi i innymi świadczeniobiorców wymagających kompleksowej opieki leczniczej. Poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej nad pacjentem w wieku podeszłym. Rozwój kompleksowej opieki i poprawa jakości, dostępności i skuteczności leczenia starzejącego się społeczeństwa.	Krótkoterminowy	W zakresie kardiologii i chorób naczyń: Stworzenie ośrodków, które będą kompleksowo leczyć pacjentów z chorobami układu krążenia: przygotowanie pacjenta do opieki przed- i poszpitalnej, leczenie operacyjne, leczenie ambulatoryjne, zakończone rehabilitacją kardiologiczną. Dofinansowanie placówek, które prowadzą szczegółową diagnostykę w trybie ambulatoryjnym. W chirurgii naczyniowej zwiększenie dostępności w poradniach poprzez zwiększenie zasobów kadrowych. W leczeniu stacjonarnym zwiększenie dotychczasowej liczby łóżek kardiologicznych i rehabilitacji kardiologicznej oraz zwiększanie liczby oddziałów w rehabilitacji dziennej.	1. Liczba osób objętych opieką w stosunku do liczby oczekujących. 2. Dążenie w dostępności do świadczeń ambulatoryjnych przynajmniej do średniej krajowej. 3. Okresowa weryfikacja realizacji diagnostyki ambulatoryjnej. 4. Realizacja świadczeń zgodnie z harmonogramem.	Wskaźnik umieralności z powodu ogółu chorób serca na 100 tys. mieszkańców jest wyższy od ogólnopolskiego. W chirurgii naczyniowej zwiększenie dostępności w poradniach (w których realizacja spada a znacznie przyrastają kolejki), poprzez zwiększenie zasobów kadrowych. W poradniach kardiologicznych obserwuje się 2 mechanizmy działania: część świadczeniodawców wykazuje tylko drogą poradę diagnostyczną a brak jest prowadzenia pacjenta; inni z kolei realizują tylko porady z diagnostyką dostępną w POZ, mimo posiadanych zasobów sprzętowych.	
				W zakresie neurologii:	Analiza udziału porad W11	1. W ramach LSZ dostępność na 10	

		<p>Stworzenie systemu opieki geriatrycznej oraz wdrażanie standardów opieki geriatrycznej. Powiązanie opieki społecznej z opieką zdrowotną.</p>		<p>1. Tworzenie ośrodków leczenia interdyscyplinarnego. 2. Współpraca specjalistów z różnych zakresów medycyny (np. okulista, kardiolog, psychiatra) niezbędnych do objęcia pacjenta kompleksową opieką. 3. Zwiększenie bazy łóżkowej.</p>	<p>do całości wykonania. Obecnie wskaźnik ten wynosi 83%. Dążenie do zmiany struktury w kierunku zwiększenia udziału świadczeń z rozszerzoną diagnostyką.</p>	<p>tys. mieszkańców do świadczeń w skali kraju na poziomie 16 miejsca (analiza własna NFZ). 2. W ramach AOS dostępność na 10 tys. mieszkańców do świadczeń w skali kraju na poziomie 16 miejsca (analiza własna NFZ). 3. Ostatnie miejsce w dostępności na 10 tys. mieszkańców do świadczeń w skali kraju w świadczeniach tomografii komputerowej i 15 w rezonansie magnetycznym.</p>	
			<p>W zakresie geriatry: 1. Zwiększenie zasobów kadrowych. 2. Zwiększenie bazy łóżkowej w leczeniu stacjonarnym oraz równomierne rozmieszczenie świadczeniodawców w obszarze kontraktowania. Opieka szpitalna – tworzenie oddziałów geriatrycznych, rehabilitacyjnych o profilu geriatrycznym, zwiększenie liczby łóżek długoterminowych w celu ograniczenia czasu pobytu pacjentów na oddziałach tzw. ostrych. Zwiększenie zakresu usług opiekuńczych dla osób starszych w środowisku domowym, aby ograniczyć liczbę rehospitalizacji. Zwiększenie liczby geriatrów pracujących w szpitalach; przeszkolenie innych specjalistów w zakresie geriatry, zwiększenie liczby rehabilitantów i pielęgniarek w oddziałach geriatry.</p>	<p>Poprawa dostępności do świadczeń - utworzenie minimum jednej poradni w przynajmniej 4 obszarach kontraktowania oraz co najmniej 3 oddziałów geriatrycznych w woj. zachodniopomorskim. Wprowadzenie obowiązkowego szkolenia studentów medycyny, pielęgniarstwa, fizjoterapii w zakresie geriatry. Obowiązkowe szkolenie z zakresu geriatry w ramach kształcenia specjalizacyjnego we wszystkich specjalnościach dotyczących pacjentów 65+. Zatrudnienie geriatrów jako konsultantów w szpitalach nieposiadających oddziałów geriatrycznych. Zwiększenie finansowania procedur u pacjentów w wieku podeszłym z wielochorobowością.</p>	<p>Należy sukcesywnie zwiększać dostępność do świadczeń z równomiernym rozmieszczeniem świadczeniodawców realizujących usługi kompleksowe związane z wielochorobowością ludzi w szczególności po 75 r.ż. Na terenie działania ZOW NFZ jest już prawie 300 tys. osób pow. 65 r.ż., którzy będą potrzebowali opieki, a tendencja jest rosnąca. Całościowa ocena geriatryczna jest w stanie zastąpić wiele wstępnych interwencji wąskospecjalistycznych a w efekcie odciążyc innych specjalistów lub właściwie przygotować pacjentów geriatrycznych do koniecznych interwencji. Zmniejszenie liczby ponownych hospitalizacji, które są czynnikiem ryzyka niepełnosprawności. Wzrost hospitalizacji w oddziałach geriatry i rehabilitacji geriatrycznej zapewni większą sprawność funkcjonalną starszym pacjentom i zmniejszy liczbę hospitalizowanych w zakładach opieki długoterminowej.</p>		
			<p>W zakresie opieki</p>	<p>1. Liczba osób objętych</p>	<p>Rosnące potrzeby zabezpieczenia łóżek</p>		



				długoterminowej: 1. Dążenie do sukcesywnego zwiększenia bazy łóżkowej, z uwzględnieniem miejsc dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, dla pacjentów z zaburzeniami psychiatrycznymi. 2. Dążenie do równomiernego rozmieszczenia w obszarach kontraktowania ośrodków dla pacjentów z przedłużającym się pobytem monitorującym stan zdrowia.	opieką w stosunku do liczby oczekujących. 2. Dążenie w dostępności do świadczeń przynajmniej do średniej krajowej.	długoterminowych wynikają w dużej mierze z konieczności zapewnienia ciągłości procesu terapeutyczno - pielęgnacyjnego. Zwiększona baza łóżkowa pozwoliłaby odciążyć oddziały szpitalne, na których przebywają pacjenci kwalifikujący się do świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych/opiekuńczo-leczniczych w rodzaju ŚPO.	
4.2	Rozwój lecznictwa geriatrycznego i tworzenie nowych form opieki dla przewlekle chorych	Poprawa dostępności do opieki zdrowotnej.	Krótkoterminowy	1. Utworzenie oddziału geriatrycznego. 2. Budowa zakładu opieki długoterminowej.	Liczba oddziałów i liczba łóżek w oddziale geriatrycznym.	Starzenie się społeczeństwa i wzrost niepełnosprawności	
<b>5. ROZWÓJ OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ</b>							
5.1	Utworzenie kompleksowych centrów zdrowia psychicznego w każdym powiecie	Poprawa dostępności do psychiatrycznej opieki zdrowotnej w całym województwie.	Długoterminowy	Utrzymanie istniejącej bazy leczenia szpitalnego całodobowego z uwzględnieniem możliwości utworzenia łóżek psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych; rozbudowa istniejącej i utworzenie nowej bazy innych zróżnicowanych form leczenia psychiatrycznego: oddziały dzienne (nerwicowe, rehabilitacyjne, schorzeń afektywnych, dla osób z otępieniami itp.), lecznictwo ambulatoryjne, zespoły leczenia środowiskowego.	Ilość powstających centrów zdrowia psychicznego w przeliczeniu na ilość ludności powiatu/gminy/dzielnicy (1 centrum na 50 000-200 000 mieszkańców).	Realizacja zaleceń zawartych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego.	
5.2	Zwiększenie dostępności lecznictwa ambulatoryjnego w zakresie uzależnień	Obniżenie liczby osób używających substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu; redukcja szkód zdrowotnych wywołanych przez	Krótkoterminowy	Rozbudowa istniejącej i utworzenie nowej bazy terapii uzależnień w warunkach lecznictwa ambulatoryjnego, dziennego i całodobowego.	Liczba osób objętych opieką w stosunku do liczby potrzebujących; redukcja ilości hospitalizacji i interwencji medycznych wynikających z używania	Realizacja zadań zawartych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.	

	od substancji psychoaktywnych i zachowań, w tym dla dzieci i młodzieży	substancje psychoaktywne i wynikających z tego absencji w pracy, niepodjęcia pracy.			substancji psychoaktywnych.		
5.3	Rozwój placówek dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi	Poprawa dostępności do leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży w całym regionie.	Krótkoterminowy  Długoterminowy	1. Zwiększenie ilości łóżek stacjonarnych dla dzieci i młodzieży, 2. Równomierne rozmieszczenie poradni dla dzieci i młodzieży wraz z zespołami środowiskowymi 3. Utworzenie oddziałów dziennych dla dzieci i młodzieży, 4. Utworzenie centrów zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży w podregionie M. Szczecin i podregionie koszalińskim.	1. Liczba dzieci objętych opieką w stosunku do liczby potrzebujących. 2. Oddziały stacjonarne i dzienne – 0,4 łóżka/10 tys. mieszkańców. 3. Poradnia – 1 na powiat lub kilka powiatów (150 tys. mieszkańców). 4. Zespoły środowiskowe – 1 zespół na 150 tys. Mieszkańców.	Realizacja zaleceń zawartych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego	
5.4	Choroby psychiczne	Proponowana dostępność pozaszpitalnych form opieki. Poprawa dostępności dla chorych w pobliżu miejsca ich zamieszkania. Zwiększenie liczby psychiatrycznych łóżek w zakładach opiekuńczo-psychiatrycznych.	Krótkoterminowy	Stworzenie możliwości utworzenia na bazie istniejącego potencjału większej ilości łóżek w zakładach w ww. dziedzinie medycyny. Należy dążyć do proporcjonalnego przenoszenia obciążenia z opieki szpitalnej na pozaszpitalną, np. leczenie w środowisku pacjenta (zespoły leczenia środowiskowego), ambulatoria, terapia dzienna a dla pacjentów niezdolnych do funkcjonowania samodzielnego lub w środowisku – zakłady opiekuńczo-psychiatryczne.	Liczba osób objętych opieką w stosunku do liczby potrzebujących.	Realizacja zaleceń zawartych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego, w tym utworzenie wojewódzkiego centrum zdrowia psychicznego.	Centralne finansowanie - Ministerstwo Zdrowia lub kontraktów z NFZ.
5.5	Rozwój psychiatrii środowiskowej	Poprawa dostępności pozaszpitalnych form opieki dla chorych w pobliżu ich miejsca zamieszkania.	Krótkoterminowy	Utworzenie na bazie istniejącego i nowo tworzonego potencjału pozaszpitalnych, środowiskowych form opieki, leczenia i rehabilitacji psychiatrycznej – oddziały dzienne, poradnie,	Liczba osób objętych opieką w stosunku do liczby potrzebujących; obniżenie wskaźnika hospitalizacji; skrócenie czasu trwania hospitalizacji; wzrost odsetka	Realizacja zaleceń zawartych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego.	



				hostele, zespoły leczenia środowiskowego. Należy dążyć do proporcjonalnego przenoszenia obciążenia z opieki szpitalnej na pozaszpitalną.	osób z zaburzeniami psychicznymi podejmujących i utrzymujących zatrudnienie.		
--	--	--	--	--	--	--	--

## 6. CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO

6.1	Kompleksowa opieka nad pacjentami chorymi na mukowiscydozę	Programy: 1. Żywieniowy – rozszerzenie możliwości żywienia dojelitowego, dożylnego, przez PEG; 2. Rehabilitacyjny – ćwiczenia oddechowe; 3. Współpracy oddziałów pulmonologii dziecięcej i osób dorosłych.	Krótkoterminowy	1. Stworzenie wojewódzkiego centrum leczenia mukowiscydozy na bazie oddziałów pulmonologicznego, gastroenerologicznego i rehabilitacyjnego z poradniami; 2. Utworzenie oddziału leczenia żywieniowego dla dzieci i osób dorosłych; 3. Określenie ośrodka, który przejmowałby leczenie pacjentów w wieku dorosłym.	Liczba pacjentów objętych opieką.	Polskie i światowe programy opieki nad osobami chorymi na mukowiscydozę podkreślają rolę kompleksowej opieki.	Pełne finansowanie opieki kompleksowej – wszystkich jej elementów (leczenia pulmonologicznego, gastroenerologicznego, żywieniowego, rehabilitacji).
6.2	Opieka nad chorym z POChP w warunkach domowych	Poprawa dostępności do domowej tlenoterapii. Redukcja liczby hospitalizacji w oddziałach pulmonologicznych i internistycznych	Krótkoterminowy	Utworzenie nowych ośrodków domowej tlenoterapii (DLT) przy istniejących poradniach chorób płuc. Przenoszenie opieki nad chorymi z POChP do ośrodków ambulatoryjnych.	Liczba osób objętych DLT na terenie województwa. Spadek hospitalizacji z powodu POChP.	Zachodniopomorskie ma najmniejszą w Polsce liczbę chorych z POChP objętych leczeniem tlenem w domu (9,6 na 100 tys., podczas gdy lubuskie już 12,3 /100 tys., a świętokrzyskie 46,3 /100 tys. mieszkańców [J. Zieliński- Pneumonologia i alergologia Polska 2012 t80 nr4]. Sytuacja ta powoduje dużą ilość hospitalizacji w tej grupie chorych.	
6.3	Stworzenie ośrodków rehabilitacji oddechowej	Dostępność chorych z chorobami układu oddechowego do rehabilitacji oddechowej. Skrócenie czasu hospitalizacji w oddziałach pulmonologicznych i wewnętrznych	Krótkoterminowy	Utworzenie ośrodków rehabilitacji oddechowej na bazie istniejących poradni i oddziałów rehabilitacji. Przenoszenie okresu rekonwalescencji chorych z chorobami układu oddechowego do warunków ambulatoryjnych lub oddziałów rehabilitacji.	Liczba chorych objęta rehabilitacją	Jako jedno z nielicznych województw w zachodniopomorskim brak oddziału i poradni rehabilitacyjnej dla chorych z chorobami układu oddechowego. Chorzy z naszego województwa kierowani są do innych województw, co w przypadku najcięższych chorych jest trudne do realizacji.	
6.4	Opieka paliatywna nad chorymi ze skrajnie ciężkimi	Redukcja liczby hospitalizacji w oddziałach szpitalnych	Długoterminowy	Poszerzenie opieki terminalnej w województwie. Tworzenie ambulatoryjnej opieki terminalnej.	Liczba chorych objętych zintegrowaną opieką paliatywną. Spadek	Opieką hospicyjną, zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc, powinni być objęci ci	

	postaciami przewlekłych chorób płuc (POChP, choroby śródmiąższowe)			Poszerzenie opieki hospicyjnej na skrajnie ciężkie przypadki chorób płuc. Przeniesienie opieki z oddziałów szpitalnych do ośrodków specjalizujących się w opiece terminalnej z zintegrowaną opieką paliatywną (lekarz, pielęgniarka, psycholog, rehabilitant).	hospitalizacji z powodu skrajnych postaci przewlekłych chorób płuc.	chorzy z ciężkimi postaciami przewlekłych chorób płuc (POChP, choroby śródmiąższowe), u których leczenie przyczynowe nie prowadzi do poprawy stanu zdrowia. W innych województwach chorzy ci są już objęci opieką paliatywną, która w woj. zachodniopomorskim obejmuje tylko chorych z nowotworami.	
6.5	Wydzielenie odrębnego ośrodka leczenia gruźlicy	Redukcja źródeł zakażenia. Prawidłowa izolacja chorych.	Krótkoterminowy	Budowa oddzielnego pawilonu dla chorych na gruźlicę.	Redukcja liczby zakażeń.	Chorzy w woj. zachodniopomorskim leczeni są w pododdziałach przy oddziałach pulmonologicznych, co nie daje pełnej możliwości ich izolacji. Chorzy korzystają z tej samej bazy diagnostycznej co pozostali chorzy. Należy stworzyć jeden wyizolowany oddział w osobnym pawilonie.	

## 7. LECZENIE ONKOLOGICZNE

7.1	Hematologia (nowotwory)	Utworzenie i uruchomienie oddziału transplantacji komórek krwiotwórczych (szpiku) przy istniejących ośrodkach. Warunkiem koniecznym uruchomienia jest uzyskanie akredytacji oddziału.	Krótkoterminowy	W istniejącym oddziale hematologii i transplantologii podjęcie następujących czynności: 1. Przeprowadzenie drobnych prac budowlanych oraz doposażenia. 2. Zatrudnienie personelu lekarskiego 3. Zatrudnienie personelu pielęgniarskiego 4. Przeszkolenie personelu w wykonywaniu procedur transplantacyjnych przeszczepiania komórek krwiotwórczych (szpiku) 5. Uzyskanie akredytacji oddziału (wymogiem jest posiadanie akredytowanego banku komórek krwiotwórczych- vide poniżej).	Przeprowadzenie drobnych prac budowlanych oraz doposażenia; zatrudnienie personelu lekarskiego; zatrudnienie personelu pielęgniarskiego do końca II kwartału 2017. Uzyskanie akredytacji oddziału do końca III kwartału 2017 roku.	Województwo zachodniopomorskie nie posiada żadnego oddziału przeszczepiania komórek krwiotwórczych (w Polsce już tylko dwa województwa nie posiadają ośrodków przeszczepień: zachodniopomorskie i podlaskie), pacjenci z ostrymi białaczkami oraz innymi chorobami wymagającymi przeszczepienia komórek krwiotwórczych (szpiku) są transplantowani w ośrodkach w Katowicach i Gliwicach, rzadko w Poznaniu. Pacjenci muszą kilka razy pokonać ten dystans zanim dojdzie do przeszczepienia (kwalifikacja, pobieranie komórek i samo przeszczepienie), a następnie dojeżdżają na kontrole. Dojazdy są męczące, kosztowne i przede wszystkim ryzykowne dla zdrowia chorego (narażenie na infekcje). Koszty przeszczepień w tych	
-----	-------------------------	---	-----------------	---	---	---	--

						ośrodkach są ponoszone przez ZOW NFZ w kwocie około 4 mln rocznie.	
7.2	Onkologia Kliniczna/Hematologia (nowotwory)	Uruchomienie oddziału stacjonarnego onkologii klinicznej przy istniejącym ośrodku.	Krótkoterminowy	Uruchomienie oddziału w podregionie M. Szczecin. Aktualnie działa wyłącznie oddział chemioterapii dziennej.	W przypadku uzyskania kontraktu z NFZ – niezwłocznie.	1. Nowe oddziały od kilku lat nie SA kontraktowane przez NFZ, oddział zostanie uruchomiony natychmiast po uzyskaniu kontraktu. 2. Utrudnione możliwości leczenia stacjonarnego chorych na nowotwory 3. W oddziale, będzie można także leczyć chorych z zakresu hematologii (nowotwory) np. chłoniaki i szpiczaki, co skróci kolejkę oczekiwania chorych na chemioterapię. 4. Utrudnione możliwości nauczania studentów PUM onkologii w pełnym zakresie.	
7.3	Hematologia (nowotwory)	Utworzenie i uruchomienie banku komórek krwiotwórczych przy istniejącym ośrodku.	Krótkoterminowy	W istniejącym oddziale hematologii i transplantologii podjęcie następujących czynności: 1. Przyłączenie do banku rurociągu wysokociśnieniowego na ciekły azot - prace budowlane. 2. Doposażenie banku w niezbędną aparaturę. 3. Zatrudnienie personelu lekarskiego i pielęgniarskiego. 4. Uzyskanie akredytacji banku komórek krwiotwórczych.	Przyłączenie do banku rurociągu wysokociśnieniowego na ciekły azot - prace budowlane; doposażenie banku w niezbędną aparaturę; zatrudnienie personelu lekarskiego i pielęgniarskiego do końca I kwartału 2017. Uzyskanie akredytacji banku komórek krwiotwórczych do końca II kwartału 2017 roku.	Bank komórek krwiotwórczych jest niezbędnym warunkiem do uzyskania akredytacji do przeszczepiania komórek krwiotwórczych.	
7.4	Neurochirurgia – leczenie onkologiczne	Poprawa możliwości operacyjnych procesów nowotworowych mózgowia i rdzenia kręgowego.	Krótkoterminowy	1. Ocena możliwości sprzętowych i kadrowych poszczególnych ośrodków co do leczenia guzów głębokich mózgu i guzów rdzenia. 2. Ustalenie map kierowania chorych z kompleksowymi nowotworami mózgu i rdzenia do przygotowanych w tym zakresie ośrodków. 3. Organizacja ośrodka neurochirurgicznej radioterapii stereotaktycznej (nóż gamma,	Ocena stopnia migracji chorych z chorobami nowotworowymi układu nerwowego poza województwo	1. Znaczna migracja chorych z chorobami układu nerwowego poza województwo w celu poszukiwania ośrodków dysponujących sprzętem umożliwiającym jak najmniej uciążliwe usuwanie guzów układu nerwowego. 2. Nierówny rozkład rodzaju procedur wykonywanych przez poszczególne jednostki neurochirurgiczne przy braku uwzględnienia takiego stanu przy kontraktowaniu przez NFZ. Prowadzi to do nieoptymalnego wykorzystania	Zwiększenie finansowania wyodrębnionych jednostek kosztów jednostek wykonujących zakres procedur nieobarczonych pilnością i kompleksowością.

				terapia protonowa).		środków przeznaczonych na leczenie neurochirurgiczne.	
7.5	Rozwój innowacyjnych technik radioterapii i diagnostyki radioizotopowej	Doskonalenie efektów leczenia.	Krótkoterminowy	1. Zakup nowoczesnego sprzętu medycznego. 2. Modernizacja pomieszczeń.	Liczba i rodzaj zakupionego sprzętu do 2020 r.	Choroby nowotworowe należą do głównych przyczyną zgonów.	
7.6	Hematologia - nowotwory i pozostałe	Proponowana dostępność pozaszpitalnych form opieki  Poprawa dostępności dla chorych w pobliżu miejsca ich zamieszkania	Krótkoterminowy	Utworzenie na bazie istniejącego potencjału bazowego (przychodni przyszpitalnych, specjalistycznych) gabinetów lekarzy z przedmiotową specjalizacją. Należy dążyć do powstania baz specjalistycznych poza miastami powyżej 100 tys. mieszkańców	Liczba osób objętych opieką w miastach powyżej 100 tys. mieszkańców w stosunku do liczby objętych opieką	Brak dostępu do lekarzy wskazanej specjalizacji na terenach znajdujących się poza dużymi obszarami metropolitalnymi	

## 8. CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA

8.1	Doposażenie istniejących ośrodków kardiologii inwazyjnej, nadzoru kardiologicznego i ośrodków udarowych	Poprawa dostępności, wzrost jakości i efektywności leczenia oraz bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów.	Krótkoterminowy	1. Odnowa wyposażenia w sprzęt medyczny. 2. Modernizacja pomieszczeń.	Liczba ośrodków doposażonych i zmodernizowanych do 2020 r.	Choroby układu krążenia należą do głównych przyczyną zgonów.	
8.2	Utworzenie dziennych ośrodków wczesnej rehabilitacji przy dużych ośrodkach kardiologicznych	Kompleksowa opieka nad pacjentami ze schorzeniami sercowo-naczyniowymi.	Krótkoterminowy	Zorganizowanie ośrodków dziennych wczesnej rehabilitacji kardiologicznej przy dużych, istniejących ośrodkach kardiologicznych	Skrócenie czasu oczekiwania na przyjęcie do oddziału rehabilitacji kardiologicznej.	Średni czas oczekiwania na przyjęcie do oddziału rehabilitacji kardiologicznej wynosi od 17 do 114 dni. Przekazanie do ośrodka rehabilitacji powinno być naturalną i bezpośrednią kontynuacją leczenia zabiegowego bez oczekiwania na wolne miejsce. Na podstawie opracowania DaiS (opartego o dane z NFZ) potwierdzono, że w polskiej populacji śmiertelność wśród pacjentów nierehabilitowanych po ostrym zespole wieńcowym (OZW) jest o 30% większa niż w grupie	

						poddanej wczesnej rehabilitacji, Dostępność do rehabilitacji kardiologicznej, szczególnie w systemie dziennym, w województwie zachodniopomorskim jest niewystarczająca.	
8.3	Utworzenie sieci ośrodków z możliwością pobytu dziennego pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca	Umożliwienie przeprowadzenia dokładniejszej diagnostyki niż w warunkach ambulatoryjnych oraz ewentualne zmodyfikowanie leczenia, celem zmniejszenia ilości dłuższych hospitalizacji.	Długoterminowy	Ośrodki takie powinny powstawać przy oddziałach kardiologicznych, we współpracy z poradniami kardiologicznymi.	Zmniejszenie liczby i czasu hospitalizacji pacjentów z niewydolnością serca na oddziałach kardiologicznych.	W ciągu najbliższej dekady ze wszystkich schorzeń kardiologicznych najszybciej będzie rosła liczba zachorowań na niewydolność serca (o 23% - opracowanie DaiS).	
8.4	Poprawa dostępności do diagnostyki inwazyjnej oraz leczenia serca i naczyń obwodowych w warunkach szpitalnych	Poprawa bazy lokalowej i sanitarnej oraz wyposażenia w sprzęt istniejących ośrodków kardiologicznych.	Krótkoterminowy	Doposażenie i wykorzystanie istniejących ośrodków kardiologii interwencyjnej. Poprawa dostępności w tym zakresie nie wymaga inwestowania środków w powstawanie nowych ośrodków, jedynie wykorzystanie potencjału i kadry już istniejących.	1. Skrócenie oczekiwania na diagnostykę inwazyjną. 2. Skrócenie oczekiwania na planowe zabiegi rewaskularyzacji przez skórną.	Wykorzystanie potencjału istniejących ośrodków oraz poprawa ich bazy lokalowej jest najprostszym i najtańszym rozwiązaniem mogącym wpłynąć na zmniejszenie śmiertelności z powodu chorób sercowo naczyniowych mieszkańców województwa zachodniopomorskiego. Część ośrodków kardiologicznych prowadzi swoją działalność leczniczą w starych, poniemieckich budynkach, modernizowanych stopniowo i w miarę możliwości finansowych szpitali. Czas oczekiwania na diagnostykę inwazyjną dla pacjentów województwa zachodniopomorskiego, wg relacji ośrodków, wynosi od 6 do 16 tygodni, natomiast na planowe zabiegi rewaskularyzacji 34rzekserowana od 9 do 19 tygodni. W ostatnim okresie uległ on dramatycznemu wydłużeniu.	
8.5	Wdrożenie programu kompleksowej	Poprawa skuteczności leczenia pacjentów z nadciśnieniem	Krótkoterminowy	Wyspecjalizowany Ośrodek Hipertensjologiczny powinien powstawać w oparciu o istniejące	Zwiększenie odsetka skutecznie leczonych pacjentów na nadciśnienie	W Polsce (w tym także w województwie zachodniopomorskim) obserwuje się wciąż rosnące koszty	

	opieki nad pacjentem z nadciśnieniem tętniczym z grupy wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego	tętniczym, szczególnie z grupy wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego.		oddziały 35rzekserowana35giczny, we współpracy z poradniami kardiologicznymi i leczenia opornego nadciśnienia tętniczego.	tętnicze.	leczenia chorób układu krążenia, co nie idzie w parze z poprawą skuteczności leczenia. Obecnie uważa się, że nadciśnienie tętnicze jest głównym czynnikiem ryzyka całego spektrum chorób układu sercowo-naczyniowego. Skuteczność leczenia nadciśnienia tętniczego wynosi zaledwie 26%, co oznacza, że 74% chorych leczonych jest nieskutecznie i jest to wynik znacznie gorszy niż w innych krajach europejskich. W grupie nieskutecznie leczonych chorych np. 20% to pacjenci z opornym nadciśnieniem tętniczym wymagający opieki specjalistycznej i pełnej diagnostyki w kierunku przyczyn wtórnych w wyspecjalizowanym ośrodku 35rzekserowana35gicznym z dużym doświadczeniem diagnostycznym i leczniczym, wyposażonym w odpowiedni sprzęt.	
--	--	---	--	---	-----------	---	--

## 9. POZOSTALE

9.1	Diabetologia	Poprawa dostępności leczenia w ośrodku wysokospecjalistycznym chorym na cukrzycę z całego województwa, ze szczególnym uwzględnieniem chorych na cukrzycę typu 1 leczonych przy pomocy pomp insulinowych oraz chorych z powikłaniem pod postacią stopy cukrzycowej.	Krótkoterminowy	Zmiana lokalizacji istniejącej kliniki diabetologii.	Liczba chorych hospitalizowanych, głównie z cukrzycą typu 1 leczonych przy pomocy pomp insulinowych oraz chorych hospitalizowanych z powodu stopy cukrzycowej.	Jedyna w podregionie szczecińskim leczenie przy pomocy osobistych pomp insulinowych u dorosłych chorych na cukrzycę typu 1 klinika pełni całodobowy dyżur internistyczny. Przy obecnej niewielkiej liczbie łóżek, mimo wysokospecjalistycznej kadry, możliwa jest hospitalizacja jedynie niewielu chorych na cukrzycę, ponieważ łóżka zajęte są przez chorych internistycznych. Brak możliwości pełnej hospitalizacji stanowi dla tej grupy chorych istotne utrudnienie. Podobnie wygląda sprawa hospitalizacji chorych ze stopą cukrzycową. Ze względu na długi czas hospitalizacji tej grupy chorych oraz potencjalne blokowanie łóżek,	
-----	--------------	--	-----------------	--	--	---	--



						niezbędnych w obecnej lokalizacji kliniki do zapewnienia opieki internistycznej, chorzy z tym powikłaniem trafiają do różnych oddziałów chirurgicznych.	
9.2	Wzmocnienie zasobów rehabilitacji leczniczej	Poprawa jakości i efektywności leczenia.	Długoterminowy	1. Adaptacja pomieszczeń. 2. Wyposażenie w sprzęt fizjoterapeutyczny.	Liczba nowych jednostek rehabilitacji leczniczej.	Rehabilitacja lecznicza, w szczególności wczesna, ma zdecydowany wpływ na końcowy efekty leczenia.	
9.3	Osiągnięcie zbliżonego czasu oczekiwania na planowe procedury ortopedyczne do terminów osiągniętych w innych krajach Unii Europejskiej	Osiągnięcie czasu oczekiwania na planową alloplastykę dużych stawów – zależnie od stopnia pilności – od 3 do 12 miesięcy. Osiągnięcie czasu oczekiwania na inne planowe zabiegi ortopedyczne – zależnie od stopnia pilności – od 3 do 9 miesięcy.	Krótkoterminowy	Zwiększenie ilości wykonywanych zabiegów ortopedycznych, szczególnie w ośrodkach o najwyższym poziomie ich realizowania (określonym maksymalnym stopniem trudności leczonych chorób i urazów, ilości występujących powikłań w odniesieniu do trudności leczonych przypadków, we współpracy specjalisty wojewódzkiego z płatnikiem i w oparciu o wielkość udokumentowanych kolejek do leczenia operacyjnego). Realizacja tego priorytetu jest możliwa wyłącznie przez zwiększenie ilości środków finansowych przekazywanych na leczenie ortopedyczne.	1. Ilość wykonywanych procedur medycznych. 2. Wielkość tak zwanych kolejek operacyjnych mierzona ilością udokumentowanych oczekujących przypadków. 3. Obserwacja czasu oczekiwania na leczenie ortopedyczne.  Wskazana systematyczna ocena wyżej wymienionych wskaźników w okresie co 3 miesiące.	Czasy oczekiwania na planowe leczenie operacyjne w ortopedii, szczególnie alloplastyki dużych stawów, bardzo istotnie odbiegają od terminów uważanych za uzasadnione i realizowane w Unii Europejskiej. Prowadzi to do pogorszenia stanu zdrowotnego osób zarówno w podeszłym wieku, jak i aktywnych zawodowo.	
9.4	Wzmocnienie działań zdrowia publicznego w zakresie najważniejszych chorób przewlekłych	1. Rozwój programów promocji zdrowia przez samorządy lokalne 2. Polepszenie jakości programów profilaktycznych 3. Zwiększenie odsetka udziału ludności w programach badań przesiewowych.	Długoterminowy	Wsparcie organizacyjne i finansowe samorządów. Skoordynowanie współpracy pomiędzy organami rządowymi, samorządowymi i NFZ.	Monitorowanie sytuacji zdrowotnej ludności województwa oraz badanie rozpowszechnienia czynników ryzyka chorób przewlekłych wśród ludności województwa.	Województwo zachodniopomorskie cechuje najwyższe w Polsce zagrożenie życia mieszkańców z powodu chorób układu krążenia, chorób nowotworowych (jest ono odpowiednio o 11% i 7% wyższe niż przeciętnie w kraju) .	
9.5	Wczesna diagnostyka	Zwiększenie liczby chorych na RZS, u	Krótkoterminowy	Utworzenie ośrodków wczesnej diagnostyki reumatoidalnego	Liczba osób z rozpoznaniem ustalonym we wczesnej	Wczesna diagnostyka RZS wybitnie zmniejsza ryzyko rozwoju	



	zapalnych chorób układu ruchu, głównie reumatoidalnego zapalenia stawów	których wczesne rozpoznanie choroby umożliwi uzyskanie remisji, zmniejszy ryzyko wczesnego inwalidztwa i umożliwi pełne funkcjonowanie w rodzinie i utrzymanie aktywności zawodowej.		zapalenia stawów	(przednadżerkowej) fazie choroby	inwalidztwa, umożliwia utrzymanie sprawności ruchowej i dobrego stanu pacjenta, zmniejsza koszty społeczne związane ze świadczeniami rentowymi i zabezpieczeniem potrzeb osoby niepełnosprawnej. RZS jest najczęstszą chorobą zapalną układu ruchu doprowadzającą do inwalidztwa. Aktualne metody diagnostyczne i terapeutyczne umożliwiają modyfikację przebiegu choroby i zapobieganie jej skutkom.	
9.6	Poprawa jakości i efektywności leczenia specjalistycznego	Wzmocnienie zasobów lecznictwa specjalistycznego w ośrodkach regionalnych poprzez modernizację i wprowadzanie nowoczesnych technologii diagnostycznych i terapeutycznych w leczeniu np. chorób płuc, układu trawiennego i moczowo-płciowego.	Krótkoterminowy	1. Modernizacja pomieszczeń. 2. Zakup nowoczesnego sprzętu medycznego.	Liczba i rodzaj zmodernizowanych i wyposażonych jednostek leczniczych.	Lecznictwo specjalistyczne odgrywa zasadniczą rolę w leczeniu chorób, które są najczęstszymi przyczynami zgonów i chorób przewlekłych, jak choroby układu oddechowego, trawiennego i moczowo-płciowego.	
9.7	Poprawa opieki nad pacjentem reumatologicznym w trybie ambulatoryjnym	Zwiększenie dostępności do poradni specjalistycznych w ośrodkach miejskich, ze szczególnym naciskiem na ośrodki pozamiejskie.	Krótkoterminowy	Stworzenie warunków dla powstawania i funkcjonowania poradni reumatologicznych zwłaszcza w rejonach deficytowych województwa, umożliwiających diagnostykę i opiekę reumatologiczną w miarę możliwości w pobliżu miejsca zamieszkania.	Liczba osób objętych opieką w stosunku do liczby potrzebujących.	Dostępność do poradni reumatologicznych nadal jest zbyt niska dla zaspokojenia potrzeb rosnącej liczby pacjentów z chorobami reumatycznymi. Okres oczekiwania na przyjęcie do poradni często przekracza 12 mies., co uniemożliwia właściwe diagnozowanie i skuteczne leczenie chorych. Generuje to ryzyko rozwoju inwalidztwa i obciąża kosztami świadczeń rentowych, kosztownych zabiegów operacyjnych (alloplastyki), świadczeń opiekuńczych.	
9.8	Stworzenie programów transplantacyjnych	Program przeszczepiania szpiku.	Krótkoterminowy	Programy powinny być zrealizowane na bazie istniejących ośrodków.	Miernikiem oceny będzie pozytywny audyt zlecony przez POLTRANSPLANT i	Województwo zachodniopomorskie nie posiada własnego programu przeszczepiania szpiku. W bazie	

		Program pobierania narządów po nieodwracalnym zatrzymaniu krążenia.		Techniczno-organizacyjne przygotowanie kliniki. Wykorzystanie aktualnych zasobów osobowych i sprzętowych.	zatwierdzony przez Krajową Radę Transplantacyjną przy Ministrze Zdrowia.	dawców szpiku zarejestrowanych jest kilka tysięcy osób z województwa. Wysyłanie chorych do innych ośrodków wiąże się z przesuwaniem środków NFZ, które mogłyby służyć do realizacji ww. celu w regionie zachodniopomorskiem. Program pozwoli na zwiększenie puli narządów dostępnych do transplantacji o około 20% w porównaniu do liczby dotychczas wykonywanych transplantacji.	
9.9	Neurochirurgia – intensywna neurorehabilitacja	Stworzenie miejsc (ośrodka) neurorehabilitacyjnych dla chorych po leczeniu ciężkich schorzeń ośrodkowego układu nerwowego.	Krótkoterminowy	Organizacja oddziału intensywnej neurorehabilitacji oraz oddziału neurorehabilitacji jako dwóch oddzielnych lub jednego większego podmiotu współpracujących w sposób ścisły z oddziałami neurochirurgii i neurologii z województwa.	1. Ustalenie lokalizacji jednostki. 2. Zatrudnienie odpowiedniego personelu. 3. Ocena czasu pozostawiania chorych na oddziałach neurochirurgii i neurologii po zakończeniu właściwego leczenia.	1. W chwili obecnej brak jest w województwie jednostki zajmującej się rehabilitacją chorych po intensywnym leczeniu schorzeń układu nerwowego. W wyniku tego chorzy tacy przebywają dłużej na oddziałach neurochirurgii, czy też neurologii po zakończeniu właściwego leczenia. Wiąże się to z blokowaniem łóżka przy nieprawidłowym jego wykorzystaniu a co za tym idzie wydłużaniu kolejek i brakiem ciągłości leczenia. 2. Plany co do nowej oceny i kontraktowania jednostek neurochirurgicznych uwzględniają kryterium współpracy tych jednostek z oddziałami neurorehabilitacji.	Część środków przeznaczonych na finansowanie jednostek prowadzących ogólną rehabilitację powinna zostać 38rzekserowana do stworzonych oddziałów rehabilitacji. Będzie to jednocześnie towarzyszyło zmniejszeniu obciążenia tych ośrodków.
9.10	Neurochirurgia – organizacja kompleksowej, multidyscyplinarnej opieki w przypadku wad wrodzonych	Poprawa ciągłości kompleksowej opieki nad chorymi z wrodzonymi wadami układu nerwowego (przepuklina oponowo-rdzeniowa, porażenie mózgowie dziecięce, padaczka), zarówno w okresie dziecięcym jak i po uzyskaniu dorosłości.	Krótkoterminowy	Stworzenie opieki ambulatoryjnej dla chorych z wrodzonymi wadami układu nerwowego uwzględniającej okresowe wizyty, przy uczestniczeniu w nich jednocześnie kilku specjalistów zaangażowanych w leczenie określonej wady (np. poradnia dla chorych z przepukliną oponowo-rdzeniową: neurochirurg, ortopeda, nefrolog, chirurg dziecięcy).	1. Na bazie jednostki dysponującej odpowiednimi poradniami specjalistycznymi zorganizowanie kwartalnych jednoczesnych przyjęć multispecjalistycznych z możliwością ustalenia indywidualnego toru postępowania terapeutycznego po konsyliarnej naradzie	1. Kompleksowość leczenia wad wrodzonych układu nerwowego powoduje konieczność wizyt u wielu specjalistów. Uzyskanie ich opinii wymaga często wielu wizyt dla podjęcia decyzji co do prawidłowego toku postępowania w danym momencie. Jednoczesowe okresowe kontrole multispecjalistyczne znacznie usprawnią czas takiego postępowania. Możliwość bezpośredniego kontaktu między specjalistami znacznie poprawi	Ukierunkowanie części finansowania z poszczególnych poradni specjalistycznych na kwartalne wizyty multispecjalistyczne u specjalistów z tych poradni.

					specjalistów. 2. Ocena skrócenia czasu oczekiwania na uzyskanie konsultacji specjalistycznej w celu podjęcia leczenia u innego specjalisty zajmującego się leczeniem danego schorzenia.	jakość opieki w indywidualnych przypadkach. 2. Usprawnienie opieki nad chorymi z wadami wrodzonymi niesie możliwość ograniczenia stopnia kalectwa, zwiększenie możliwości samoobsługi i jakości życia tych chorych, a co za tym idzie redukcję kosztów dalszej opieki nad nimi.	
9.11	Wymiana sprzętu	Zakupy akceleratorów o pełnej funkcjonalności.	Krótkoterminowy	Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych W 2017 roku wymiana 2 urządzeń zakupionych w 2006 roku.	Dostępność do nowoczesnych technik radioterapii, takich jak stereotaktyczna radioterapia, procedury z wykorzystaniem bramkowania oddechowego, napromienianie techniką VMAT	Firma Siemens, producent posiadanych akceleratorów, zaprzestała produkcji nowych urządzeń i modernizacji istniejących już aparatów w 2012 roku. Wymiany akceleratorów w terminie późniejszym niż 2017 r. spowodowałyby całkowity brak dostępu do nowych technologii.	
9.12	Choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego (endokrynologia)	Proponowana dostępność pozaszpitalnych form opieki. Poprawa dostępności dla chorych w pobliżu miejsca ich zamieszkania.	Krótkoterminowy.	Utworzenie na bazie istniejącego potencjału (przychodni przyszpitalnych, specjalistycznych) gabinetów lekarzy z przedmiotową specjalizacją. Należy dążyć do powstania baz specjalistycznych poza miastami powyżej 100 tys. mieszkańców.	Liczba osób objętych opieką w miastach powyżej 100 tys. mieszkańców w stosunku do liczby objętych opieką na terenie mniejszych miejscowości województwa.	Brak dostępu do lekarzy wskazanej specjalizacji na terenach znajdujących się poza dużymi obszarami metropolitalnymi.	
9.13	Poprawa wyników leczenia schorzeń przewodu pokarmowego wymagających pilnej interwencji endoskopowej	Utworzenie 3-4 centrów endoskopii interwencyjnej na terenie województwa zachodniopomorskiego.	Krótkoterminowy	Utworzenie na bazie istniejących 3 oddziałów gastroenterologii w województwie zachodniopomorskim (trzech w podregionie M. Szczecin oraz opcjonalnie jednego w podregionie koszalińskim) centrów endoskopii interwencyjnej wykonujących procedury z zakresu endoskopii zabiegowej w trybie pilnym, tzn. diagnostyka i leczenie krwotoków z przewodu pokarmowego oraz cholangiopankreatografia	Spadek śmiertelności oraz interwencji chirurgicznych z powodu krwawienia do przewodu pokarmowego oraz śmiertelności i ciężkich powikłań w przebiegu ostrego żółciopochodnego zapalenia trzustki, skrócenie czasu hospitalizacji oraz radykalne zmniejszenie kosztów hospitalizacji z powodu tych schorzeń. Mierniki: śmiertelność, czas hospitalizacji, liczba interwencji chirurgicznych	W ostatnich 20 latach zaobserwowano znaczny wzrost chorób wymagających pilnej (do 24 godz.) interwencji endoskopowej tj. krwotok do przewodu pokarmowego oraz ostre żółciopochodne zapalenie trzustki. Zgodnie z obowiązującymi standardami postępowania w obu tych schorzeniach koniecznym jest wykonanie możliwie jak najszybciej endoskopii terapeutycznej g.o.p.p. lub endoskopowej cholangiopankreatografii wstecznej (ECPW). Takie postępowanie w sposób znaczący obniża śmiertelność w	Z puli środków przeznaczonych na gastroenterologię/ endoskopię wydzielanie pieniędzy na zabiegi endoskopowe kosztem placówek małych, wykonujących bardzo mało badań, posiadających niewielką liczbę sprzętu i wykwalifikowanego personelu.

				<p>wsteczna w przypadku ostrego zapalenia trzustki i dróg żółciowych. Oprócz pracowni endoskopowej w takich ośrodkach muszą funkcjonować oddziały chirurgii przewodu pokarmowego, intensywnej terapii medycznej(OIOM) oraz zakład radiologii interwencyjnej. Ze względu na wymóg pełnienia 24-godzinnych dyżurów endoskopowych konieczne będzie dodanie lub wydzielenie 5-8 łóżek na potrzeby tego typu ośrodków.</p>	(czas oceny 5 lat).	<p>tych schorzeniach, a także koszty ich leczenia poprzez unikanie niepotrzebnych zabiegów chirurgicznych i skrócenie czasu hospitalizacji. Dopiero w przypadku niepowodzenia zabiegu endoskopowego konieczne jest wprowadzenie innych metod: chir. Przewodu pokarmowego i/lub radiologii interwencyjnej. Aktualnie na terenie np. zachodniopomorskiego brak jest wyspecjalizowanych w tego typu procedurach oddziałów szpitalnych. Chorzy leczeni są we wszystkich szpitalach (położonych najbliżej miejsca zamieszkania), co skutkuje brakiem właściwej terapii w odpowiednio szybkim czasie, wynikającego chociażby z faktu ubogiego wyposażenia tzw. Szpitali rejonowych w odpowiedni sprzęt i niewielkiego doświadczenia lekarzy w leczeniu tych schorzeń. Problem ten można rozwiązać poprzez stworzenie 3-4 centrów endoskopii interwencyjnej na bazie jednostek, które dysponują, bądź w krótkim odstępie czasu (2-3 lata) będą dysponować odpowiednim personelem medycznym, a także zapleczem pod postacią istniejących oddziałów gastroenterologii, intensywnej opieki medycznej, radiologii interwencyjnej i chir. Przewodu pokarmowego. Problemem do rozwiązania będzie wydzielenie bądź dodanie 5-8 łóżek pełniących 24-godz.dyżur endoskopowy oraz doposażenie ww. szpitali w odpowiedni sprzęt endoskopowy i radiologiczny.</p>	
9.14	Wzmocnienie roli	1.Zwiększenie liczby	Długoterminowy	Stworzenie warunków	1. Liczba lekarzy ze	Brak dostatecznej liczby lekarzy i	

	oddziałów zakaźnych w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa odnośnie chorób zakaźnych w województwie	fachowej kadry lekarskiej i pielęgniarskiej w istniejących oddziałach szpitalnych, świadczących całodobowe usługi medyczne. 2. Utrzymanie dotychczasowego wysokiego poziomu leczenia ambulatoryjnego specjalistycznego w zakresie AIDS. 3. Polepszenie dostępu do nowych terapii WZW. 4. Polepszenie dostępu do świadczeń ambulatoryjnych z zakresu chorób zakaźnych.		sprzyjających podejmowaniu tej specjalizacji przez młodych lekarzy na bazie istniejących oddziałów zakaźnych.	specjalizacją z chorób zakaźnych pracujących w oddziałach zakaźnych oraz zdolnych pełnić dyżury medyczne. 2. Dostępność do specjalisty. 3. Liczba chorych objęta nowymi terapiami WZW. 4. Skrócenie kolejek do specjalisty chorób zakaźnych.	pielęgniarek w oddziałach zakaźnych dyżurujących „na ostro” spowoduje ograniczenia w dostępie pacjentów do świadczeń specjalistycznych, co może być fatalne w skutkach, szczególnie w stanach przebiegających z zagrożeniem życia (posocznice, neuroinfekcje). Brak dostatecznej liczby specjalistów uniemożliwi wykonywanie świadczeń z zakresu KAOS-AIDS. Brak dostatecznej liczby specjalistów uniemożliwi skuteczne zwalczanie nowych i starych epidemii	
9.15	Aparatura diagnostyczna obrazowa tj. aparaty rtg, ultrasonografy, tomograf komputerowy, rezonans magnetyczny	Diagnostyka obrazowa jest niezbędna do rozpoznania praktycznie wszystkich chorób, jak również do monitorowania procesu leczenia.	Krótkoterminowy	Zakup niezbędnej aparatury w szpitalach.	Skrócenie czasu oczekiwania na badania.	Aparatura diagnostyczna w województwie zachodniopomorskim do tej pory była rozmieszczana bez porozumienia z konsultantem wojewódzkim, nie uwzględniając potrzeb danego szpitala, w szczególności możliwości personelu obsługującego (lekarz, technik), co wydłuża kolejki do badań, a to z kolei przekłada się na późniejsze rozpoznanie choroby i leczenie.	
9.16	Zwiększenie skuteczności promocji zdrowia i profilaktyki zagrożeń zdrowotnych	Podnoszenie wiedzy i świadomości zdrowotnej mieszkańców w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania chorób.	Długoterminowy	1. Programy edukacyjne. 2. Programy przesiewowe. 3. Wspieranie programów populacyjnych.	1. Liczba osób uczestniczących/rok. 2. Liczba osób poddanych badaniom/rok. 3. Liczba osób zachęconych do badań/rok.	Duże znaczenie i wpływ indywidualnego stylu życia na zachowanie zdrowia.	
9.17	Poprawa istniejącej	Poprawa jakości i	Krótkoterminowa	Możliwość pozyskania środków	Sukcesywne sprawdzanie	Wg danych statystycznych 70%	

	infrastruktury szpitali powiatowych	efektywności leczenia oraz zabezpieczenia kontynuacji świadczenia usług zdrowotnych przez szpitale powiatowe w zakresie stacjonarnego leczenia szpitalnego.		zewnątrznych na dostosowanie infrastruktury szpitali powiatowych, w tym np. uruchomienie programów pomocowych, co zapewni kontynuację działalności szpitali powiatowych w obecnym zakresie po terminie określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia na dostosowanie pomieszczeń i urządzeń.	przez odpowiednie instytucje postępów w dostosowaniu infrastruktury szpitali powiatowych do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia.	szpitali powiatowych nie ma dostosowanej infrastruktury do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Z powodu braku odpowiednich środków finansowych mogą zaistnieć utrudnienia w działalności tych szpitali w obecnym zakresie po 31 grudnia 2017 r., tj. terminie określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Rozwiązaniem tych problemów może być pozyskanie dodatkowych źródeł finansowania np. poprzez uruchomienie programów pomocowych pochodzących ze środków UE.	
9.18	Objęcie osób z otoczenia chorych na WZW typu C diagnostyką przesiewową w ramach podstawowej opieki zdrowotnej	Poprawa dostępności badań serologicznych p/ciał anty HCV w ramach podstawowej opieki zdrowotnej	Długoterminowy	Zapewnienie badań przesiewowych w kierunku p/ciał anty HCV dla osób z otoczenia chorych na WZW typu C w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej oraz osób najbardziej narażonych na zakażenie HCV.	Liczba osób objętych badaniami w stosunku do liczby potrzebujących.	Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom w szczególności WZW typu C. Priorytet zdrowotny wpisujący się w Krajowe ramy strategiczne Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020.	Objęcie osób z otoczenia chorych na WZW typu C diagnostyką przesiewową w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.