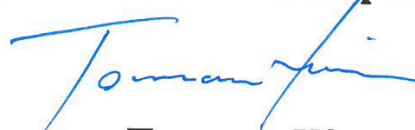


Wojewoda Zachodniopomorski



Tomasz Hinc

**Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej
dla leczenia szpitalnego
dla województwa zachodniopomorskiego
na okres 1 stycznia 2019 r. – 31 grudnia 2021 r.**

Szczecin, 31 sierpnia 2018 r.

Spis treści

Podsumowanie.....	3
1. Strategia i wdrażanie głównych problemów zdrowotnych w województwie zachodniopomorskim.....	5
2. Analiza i diagnoza głównych problemów zdrowotnych w województwie zachodniopomorskim.....	27

Podsumowanie

Zgodnie z art. 95c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 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 od 1 stycznia 2019 r. do 31 grudnia 2021 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*”,
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 469),
- 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 65% przyznawanej punktacji.

Wyodrębniony został zbiór 11 priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej dla lecznictwa szpitalnego dla województwa zachodniopomorskiego na okres od 1 stycznia 2019 r. do 31 grudnia 2021 r. zawierających łącznie 52 obszary interwencji:

Priorytet 1: Zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu: chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu, nowotworów złośliwych, przewlekłych chorób układu oddechowego, cukrzycy – 12 obszarów interwencji;

Priorytet 2: Rehabilitacja – 5 obszarów interwencji;

Priorytet 3: Przeciwdziałanie występowaniu otyłości – 2 obszary interwencji;

Priorytet 4: Ograniczanie następstw zdrowotnych spowodowanych stosowaniem substancji psychoaktywnych lub uzależnieniem od tych substancji – 1 obszar interwencji;

Priorytet 5: Zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych – 2 obszary interwencji;

Priorytet 6: Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom, w tym przeciwdziałanie skutkom nieprawidłowej antybiotykoterapii – 3 obszary interwencji;

Priorytet 7: Tworzenie warunków sprzyjających utrzymaniu i poprawie zdrowia w środowisku nauki, pracy i zamieszkania – 3 obszary interwencji;

Priorytet 8: Poprawa jakości skuteczności opieki okołoporodowej oraz opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem – 5 obszarów interwencji;

Priorytet 9: Poprawa jakości leczenia bólu oraz monitorowania skuteczności tego leczenia – 2 obszary interwencji;

Priorytet 10: Zwiększenie koordynacji opieki nad pacjentami starszymi, niepełnosprawnymi oraz niesamodzielnymi – 9 obszarów interwencji;

Priorytet 11: Inne problemy zdrowotne istotne z punktu widzenia mieszkańców województwa – 8 obszarów interwencji.

1. Strategia i wdrażanie głównych problemów zdrowotnych w województwie zachodniopomorskim

Lp.	Obszary interwencji	Cel	Horyzont - Czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
PRIORYTET 1: Zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu: chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu, nowotworów złośliwych, przewlekłych chorób układu oddechowego, cukrzycy.						
1.1	Modernizacja istniejących oddziałów ginekologii onkologicznej	Działania: 1) uruchomienie większej liczby świadczeń zabiegowych w dziedzinie ginekologii onkologicznej, 2) modernizacja bazy zabiegowej oraz dostosowanie do wymogów sanitarnych, 3) usprawnienie transportu pacjentów i materiałów, 4) wymiana urządzeń medycznych.	Krótkoterminowy	Kompleksowa modernizacja istniejących bloków operacyjnych.	Liczba oddziałów	Istniejące bloki operacyjne wymagają ponownej modernizacji. Wynika to z konieczności: wdrożenia zabiegów ginekologicznych, zapewnienia reżimu sanitarnego w pełnym zakresie, wymiany podstawowych urządzeń medycznych.
1.2	Zwiększenie jakości i efektywności postępowania diagnostyczno-leczniczego w udarach mózgowych	Działania: 1) szybki dostęp do świadczeń na oddziale udarowym, 2) wzrost świadomości mieszkańców województwa w zakresie profilaktyki, rozpoznawania wczesnych objawów udaru i postępowania w przypadku wystąpienia udaru mózgowego, 3) wczesna diagnostyka i leczenie chorób demielinizacyjnych. 4) Zwiększenie dostępu do leczenia trombolitycznego ostrego udaru niedokrwinnego mózgu.	Długoterminowy	1) Organizacja ośrodków udarowych w miejscach z brakiem dostępności do tych świadczeń. 2) Utworzenie przynajmniej jednego oddziału udarowego w części południowej województwa.	1) Wzrost liczby łóżek. 2) Wzrost liczby hospitalizacji/osobodni. 3) Skrócenie czasu od wystąpienia objawów udaru do podania leku trombolitycznego. 4) Zwiększenie liczby chorych z udarem niedokrwinnym mózgu leczonych trombolitycznie. 5) Wzrost liczby łóżek „udarowych”.	1) Największy udział procentowy w strukturze hospitalizacji wg rozpoznań stanowią udary niedokrwienne mózgu. 2) Obecnie chorzy z udarem niedokrwinnym mózgu są transportowani z najbardziej odległych części województwa celem leczenia trombolitycznego do Szczecina. Powoduje to: opóźnienie wdrożenia terapii, nadmierne obciążenie chorymi oddziałów udarowych w Szczecinie, brak możliwości kontaktu z rodziną w trakcie hospitalizacji, obciążenie finansowe szpitali w Szczecinie kosztami transportu chorego po zakończonym leczeniu do miejsca zamieszkania.
		Utworzenie przynajmniej jednego w województwie centrum udarowego, w którym możliwe będzie leczenie trombektomią.	Krótkoterminowy	Konieczne ustalenie: procedury, sposobu finansowania leczenia trombolitycznego, procedur postępowania z chorym potencjalnie kwalifikowanym do leczenia trombolitycznego w szczególności procedur dotyczących transportu i przekazywania międzyszpitalnego tych chorych.	1) Liczba chorych z udarem niedokrwinnym mózgu leczonych trombektomią. 2) Zwiększenie dostępności do wysokospecjalistycznych procedur neurologicznych.	Obecnie województwo, jako jedno z niewielu w kraju, nie zapewnia chorym z udarem niedokrwinnym mózgu, leczenia trombolitycznego.

1.3	Doskonalenie funkcjonowania opieki onkologicznej, w tym: zwiększenie dostępności do świadczeń chemioterapii w zakresie onkologii; utrzymanie bazy do leczenia radioterapią w celu zachowania liczby udzielanych świadczeń oraz wdrożenie w szerszym zakresie współczesnych technik radioterapii tj. stereotaktycznej i łukowej	Działania: 1) wczesne diagnozowanie chorób nowotworowych, 2) zwiększenie liczby łóżek w oddziałach onkologii klinicznej, radioterapii i hematologii, 3) poprawa warunków leczenia w oddziałach onkologicznych, 4) zwiększenie świadomości mieszkańców w zakresie znaczenia stylu życia w zapobieganiu chorobom nowotworowym, 5) rozwój dziennej chemioterapii,	Długoterminowy	1) Zwiększenie kompleksowej realizacji świadczeń onkologicznych. 2) Nowelizacja przepisów dotyczących złożonych terapii onkologicznych. 3) Stworzenie oddziałów chemioterapii w trybie dziennym. 4) Wprowadzenie procedur rozliczania chemioterapii.	1) Wzrost liczby łóżek, 2) Wzrost liczby hospitalizacji. 3) Wzrost liczby miejsc w opiece dziennej.	Choroby nowotworowe są drugą przyczyną zgonów mieszkańców województwa (247,8/100 tys. ludności). Zagrożenie życia jest wyższe o 7,3% niż przeciętne w kraju, co daje 4. pozycję wśród innych województw. Zapotrzebowanie na świadczenia chemioterapii utrzymuje się w trendzie wzrostu, rośnie zapotrzebowanie na specjalistyczne usługi w zakresie złożonych terapii. Potrzeba wymiany akceleratorów liniowych wynika z wieku, stopnia intensywności eksploatacji oraz zaprzestania produkcji akceleratorów przez jednego z producentów. Pełne diagnozowanie chorób nowotworowych wymaga wykorzystania medycyny nuklearnej.
		6) sukcesywna wymiana czterech akceleratorów liniowych,		Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych realizowany w formie konkursów Ministerstwa Zdrowia	Liczba wymienionych akceleratorów.	
		7) wdrożenie nowoczesnych procedur diagnostyki - tomografii emisyjnej pozytonowej (PET) i badań scyntygraficznych z zastosowaniem Gammakamery hybrydowej SPECT/CT.		Właściwe zlokalizowanie PET i Gammakamery na terenie województwa.	Liczba PET i Gammakamer	
1.4	Doskonalenie opieki kardiologicznej, w tym intensywny nadzór kardiologiczny	Działania: 1) wzrost świadomości prozdrowotnej, 2) zwiększenie liczby łóżek kardiologicznych, 3) poprawa warunków leczenia w oddziałach kardiologicznych, 4) poprawa dostępu do wczesnej diagnostyki	Długoterminowy	Wzrost liczby łóżek w istniejących ośrodkach.	1) Skrócenie czasu oczekiwania na hospitalizację. 2) Wzrost liczby łóżek. 3) Wzrost liczby hospitalizacji.	Główną przyczyną zgonów (319,0/100 tys. ludności) jest zagrożenie życia mieszkańców województwa umieralnością z powodu chorób kardiologicznych. Jest ono wyższe o 30%, niż przeciętnie w kraju, co daje 1. pozycję wśród wszystkich województw.
1.5	Zwiększenie dostępności do rehabilitacji kardiologicznej	Zwiększenie liczby łóżek w części północnej województwa.	Długoterminowy	Organizacja ośrodków opieki dziennej i stacjonarnej.	1) Skrócenie kolejki oczekujących na przyjęcie na oddział rehabilitacyjny. 2) Wzrost liczby łóżek. 3) Wzrost liczby miejsc w opiece dziennej.	Czas oczekiwania na przyjęcie na Oddział Rehabilitacyjny jest obecnie bardzo długi.

1.6	Poprawa jakości i efektywności leczenia pacjentów z onkologicznymi schorzeniami ośrodkowego obwodowego układu nerwowego (OUN)	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) Ustalenie z NFZ odpowiedniego rozkładu środków wynikającego z różnego obciążenia poszczególnych ośrodków. 4) Organizacja ośrodka neurochirurgicznej radioterapii stereotaktycznej (nóż gamma, terapia protonowa).	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 środków przeznaczonych na leczenie neurochirurgiczne.
1.7	Kompleksowa opieka nad osobami dorosłymi oraz dziećmi chorymi na nowotwór	1) Wyrównanie dostępności oraz poprawa jakości usług w zakresie leczenia chorób nowotworowych. 2) Zwiększenie bezpieczeństwa i komfortu leczenia, wdrażanie nowych technologii na światowym poziomie zapewnienie ciągłości i kompleksowości opieki nad pacjentem, dostęp do nowoczesnych metod terapeutycznych. 3) Poprawa populacyjnych wskaźników zachorowalności i umieralności związanych z chorobami nowotworowymi.	Krótko i długoterminowy	1) Poprawa warunków sanitarno-technicznych w oddziałach onkologicznych. 2) Wymiana sprzętu wyeksploatowanego, systematyczne zakupy nowych akceleratorów w liczbie adekwatnej do wytycznych Międzynarodowej Agencji Atomowej (IAEA). 3) Rozszerzenie metod leczenia o radiochirurgię poprzez zakup odpowiedniego sprzętu. 4) Rozwój pełnoprofilowych ośrodków oferujących kompleksowe leczenie chorób nowotworowych.	Wskaźniki umieralności i zachorowalności na wybrane rodzaje nowotworów i odsetki 5-letnich przeżyć liczba mieszkańców województwa przypadających na 1 aparat.	Wpisuje się w Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 oraz w Priorytety Zdrowotne w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27.02.2018 r.
1.8	Poprawa dostępności do opieki diabetologicznej	Działania: 1) zwiększenie liczby łóżek w oddziałach diabetologicznych, 2) wzrost świadomości prozdrowotnej mieszkańców w zakresie aktywności ruchowej i prawidłowego żywienia, 3) zwiększenie nacisku na wczesną diagnostykę (medycyna pracy).	Długoterminowy	1) Zwiększenie liczby łóżek diabetologicznych. 2) Wzmocnienie roli służb medycyny pracy i opieki ambulatoryjnej. 3) Wzmocnienie roli jedynej w województwie ośrodka specjalistycznego.	1) Liczba łóżek. 2) Liczba hospitalizacji	Wzrasta liczba zachorowań na cukrzycę, często zbyt późno wykrywanej. Niewystarczający dostęp do wczesnego diagnozowania i kompleksowego leczenia oraz edukacji zdrowotnej sprzyja postawianiu powikłań cukrzycowych.

1.9	Przywrócenie nowoczesnego leczenia zaburzeń rytmu serca u dzieci (badania EPS i zabiegi ablacji u pacjentów poniżej 18 rż)	1) Poprawa dostępności poprzez zmniejszenie kolejek w ośrodkach referencyjnych. 2) Zmniejszenie kosztów przyjazdu/pobytu dla pacjentów z odległych miejscowości. 4) Przywrócenie ośrodka leczenia interwencyjnego wad serca u dzieci 3) Poprawa dostępności poprzez zmniejszenie kolejek w ośrodkach referencyjnych. 4) Zmniejszenie kosztów przyjazdu/pobytu dla pacjentów z odległych miejscowości.	Krótkoterminowy	Wykorzystanie aktualnych zasobów kadrowych i sprzętowych w ośrodku kardiologii dla dorosłych.	1) Liczba pracowni elektrofizjologii w kraju w stosunku do liczby pacjentów. 2) Liczba osób objętych opieką w stosunku do listy potrzebujących.	1) Wielokierunkowy rozwój kardiologii dziecięcej w województwie. 2) Poprawa stopnia referencyjności ośrodka. 3) Doskonalenie kwalifikacji zawodowej lekarzy i poprawa opieki lekarskiej. 4) Wielokierunkowy rozwój kardiologii dziecięcej w województwie. 5) Poprawa stopnia referencyjności ośrodka. 6) Doskonalenie kwalifikacji zawodowej lekarzy i poprawa opieki lekarskiej.
1.10	Zwiększenie użycia badania PET-CT w diagnostyce onkologicznej	Rozszerzenie zastosowania badania PET-CT w guzach i nowotworach klatki piersiowej w diagnostyce przedoperacyjnej.	24 m-ce	Decyzja o wykonaniu PET-CT w trakcie konsultacji torakochirurgicznej lub konsylium onkologicznego.	Wskaźnik procentowy ilości badań w grupie chorych z rakiem płuca poddawanych leczeniu operacyjnemu.	W chwili obecnej do 10% operowanych z powodu raka płuca ma wykonane badanie PET-CT. Standard zakłada 100% przypadków.
1.11	Poprawa koordynacji opieki nad pacjentami chorymi na mukowiscydozę	1) Rozwój kompleksowej opieki nad chorymi na mukowiscydozę (leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, rehabilitacji). 2) Poprawa dostępności do rehabilitacji oddechowej 3) Poprawa współpracy oddziałów pulmonologii i pulmonologii dziecięcej.	Krótkoterminowy	Utworzenie centrum leczenia mukowiscydozy na bazie oddziałów pulmonologicznego, gastroenerologicznego i rehabilitacyjnego z poradniami.	Liczba pacjentów objętych opieką.	Kompleksowa opieka nad pacjentami znacznie poprawia efektywność leczenia i zmniejsza ilość zaostrzeń wymagających hospitalizacji. Zalecana jest w światowych i krajowych standardach opieki oraz jest zgodna z priorytetami Ministra Zdrowia.
1.12	Zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej śmiertelności z powodu przewlekłych chorób płuc oraz nowotworów złośliwych płuc	Działania: 1) uruchomienie Poradni Antynikotynowej o zasięgu terytorialnym dla dawnego subregionu koszalińskiego, 2) wzmocnienie ośrodka leczenia gruźlicy i chorób płuc w dawnym subregionie koszalińskim, 3) utworzenie kompleksowego ośrodka leczenia gruźlicy i chorób płuc w obszarze szczecińskim.	Długoterminowy	1) Na bazie istniejącej infrastruktury szpitalnej zwiększenie liczby łóżek z zakresu chorób płuc oraz wydzielenie izolatek i zakup boksów Melcera. 2) Wydzielenie i utworzenie odrębnego ośrodka leczenia gruźlicy i chorób płuc w obszarze szczecińskim.	1) Liczba udzielonych porad. 2) Liczba łóżek. 3) Liczby hospitalizacji/osobodni. 4) Liczba nowych ośrodków stacjonarnych.	W województwie istnieją tylko 2 jednostki lecznicze kompleksowo diagnozujące i leczące choroby układu oddechowego i nowotwory złośliwe płuc. Jeden obejmuje swym zasięgiem obszar dawnego subregionu koszalińskiego oraz część regionu pomorskiego. Wzrost liczby zachorowań determinuje wzrost liczby łóżek, liczby hospitalizacji/osobodni. Jego rozwój i utworzenie placówki w Szczecinie pozwoli osiągnąć oczekiwane efekty zgodnie z Mapą potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla województwa zachodniopomorskiego na lata 2019-2021.

PRIORYTET 2: Rehabilitacja

2.1	Poprawa dostępności do rehabilitacji leczniczej dla dzieci i młodzieży	Zapewnienie dostępu do wysokiej jakości świadczeń rehabilitacyjnych dla dzieci i młodzieży.	Krótkoterminowy	Poprawa warunków udzielania świadczeń rehabilitacyjnych dla dzieci i młodzieży poprzez modernizację pomieszczeń ośrodka rehabilitacji dzieci i młodzieży i odnowę wyposażenia w sprzęt rehabilitacyjny.	Liczba dzieci i młodzieży korzystającej z rehabilitacji leczniczej.	Trudne warunki sanitarno-techniczne w ośrodkach rehabilitacji dzieci i młodzieży ograniczają dostępność do świadczeń oraz obniżają efektywność realizowanej rehabilitacji leczniczej.
2.2	Zwiększenie dostępności do leczenia rehabilitacyjnego dla chorych po udarze mózgu	Zwiększenie dostępu do leczenia rehabilitacyjnego w tym logopedycznego w warunkach ambulatoryjnych.	Krótkoterminowy	Konieczne zwiększenie liczby ośrodków udzielających świadczeń rehabilitacyjnych i logopedycznych dla chorych po udarze mózgu.	1) Liczba ośrodków udzielających świadczeń rehabilitacyjnych w warunkach ambulatoryjnych. 2) Wzrost liczby pacjentów rehabilitowanych w warunkach ambulatoryjnych. 3) Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia rehabilitacyjne szpitalne poprzez zmniejszenie liczby osób kierowanych do oddziałów rehabilitacji.	Obecnie chorzy po udarze mózgu mają jedyną możliwość kontynuacji rehabilitacji tylko w formie hospitalizacji w stacjonarnych Oddziałach Rehabilitacji Neurologicznej. Część tych chorych nie wymaga hospitalizacji. Znacznie taniej byłoby prowadzić leczenie rehabilitacyjne w warunkach ambulatoryjnych. Bezpieczeństwo zdrowotne chorych byłoby również większe. W przypadku osób starszych każda hospitalizacja to ryzyko infekcji wewnątrzszpitalnej, a co za tym idzie pogorszenie stanu zdrowia i koszty terapii powikłań.

2.3	Poprawa jakości i efektywności neurorehabilitacji chorych po leczeniu ciężkich schorzeń ośrodkowego układu nerwowego (OUN)	Poprawa jakości i efektywności neurorehabilitacji chorych po leczeniu ciężkich schorzeń ośrodkowego układu nerwowego (OUN)	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.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ustalenie miejsca posadowienia jednostki organizacyjnej. 2) Jednoczesne ustalenie kontraktowania z NFZ. 3) Zatrudnienie odpowiedniego personelu. 4) Ocena czasu oczekiwania chorych na rehabilitację w oddziałach neurochirurgii i neurologii po zakończeniu właściwego leczenia. 	<ol style="list-style-type: none"> 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, generowaniem dodatkowych kosztów i brakiem ciągłości leczenia. 2) Plany co do nowej oceny i kontraktowania jednostek neurochirurgicznych uwzględniają kryterium współpracy tych jednostek z oddziałami neurorehabilitacji.
2.4	Zwiększanie dostępności do specjalistycznej rehabilitacji: neurologicznej, kardiologicznej oraz w schorzeniach kostno-stawowych i mięśniowych	<ol style="list-style-type: none"> 1) Zwiększenie ilości pacjentów objętych opieką. 2) Skrócenie kolejek oczekujących i szybsza poprawa sprawności pacjentów. 3) Poprawa warunków realizacji zabiegów rehabilitacyjnych, w tym wyposażenia w nowoczesny sprzęt i aparaturę. 	Długoterminowy	Poprawa warunków prowadzenia rehabilitacji leczniczej poprzez utworzenie dużego ośrodka rehabilitacyjnego w Szczecinie. Kontynuując realizację priorytetu sukcesywnie zwiększanie nakładów poprzez zabezpieczenie rzeczywistej realizacji oraz zwiększenie dostępności poprzez ogłoszenie konkursu na rehabilitację kardiologiczną i neurologiczną.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Czas i liczba oczekujących na świadczenia rehabilitacyjne. 2) Poziom realizacji umowy. 3) Ocena dostępności do świadczeń w poszczególnych latach. 	Rehabilitacja jest nieodzownym elementem procesu terapeutycznego u pacjentów ze schorzeniami neurologicznymi. Warunkiem uzyskania jak najlepszych efektów rehabilitacji jest jej jak najwcześniejsze podjęcie, bezpośrednio po ostrych incydentach neurologicznych. Wdrożenie wczesnej rehabilitacji kardiologicznej wpływa na skrócenie czasu leczenia po ostrych incydentach sercowych i ich zaostrzeniach, co umożliwi realizację dwóch podstawowych celów, którymi są: poprawa jakości oraz wydłużenie życia.

2.5	Stworzenie możliwości leczenia i rehabilitacji tlenową terapią hiperbaryczną	Poprawa jakości i efektywności leczenia oraz rehabilitacji z wykorzystaniem tlenowej terapii hiperbarycznej.	Krótkoterminowy	Utworzenie ośrodka terapii hiperbarycznej.	Jeden ośrodek terapii hiperbarycznej.	W województwie powinna istnieć dostępność do terapii hiperbarycznej. Tlenowa terapia hiperbaryczna jest jedną z najbardziej efektywnych metod dostarczania tlenu do wszystkich komórek ciała. Terapii hiperbaryczna przyspiesza procesy rekonwalescencji po zabiegach chirurgicznych, przyspiesza leczenie trudno gojących się ran, leczy obrzęki, poprawia krążenie krwi, działa bakteriobójczo i bakteriostatycznie. Zalecana jest w zatorach gazowych, zatruciu tlenkiem węgla i cyjankami, chorobach układu nerwowego, chorobach skóry, chorobach reumatycznych, chorobach z autoagresji i innych przewlekłych chorobach zapalnych, syndromach przewlekłego zmęczenia.
-----	--	--	-----------------	--	---------------------------------------	--

PRIORYTET 3: Przeciwdziałanie występowaniu otyłości;

3.1	Zmniejszenie odsetka otyłych dzieci	Profilaktyka otyłości oraz diagnostyka i leczenie w grupie dzieci.	Krótko i długoterminowy	Edukacja w szkole, programy opieki nad dziećmi otyłymi, opieka dietetyka, psychologa, programy aktywności fizycznej i poprawa dostępu do Specjalistycznych Poradni Chorób Metabolicznych.	1) Liczba dzieci uczestniczących. 2) Zatrzymany lub zmniejszony odsetek dzieci otyłych w województwie.	Rośnie odsetek dzieci otyłych i rośnie liczba dzieci chorych na cukrzycę typu 2 i nadciśnienie tętnicze.
-----	-------------------------------------	--	-------------------------	---	---	--

3.2	Poprawa rozpoznawania i leczenia zaburzeń odżywienia (niedożywienie, otyłość) u pacjentów leczonych szpitalnie	Zmniejszenie częstości występowania niedożywienia oraz nadwagi i otyłości wśród dzieci hospitalizowanych z różnych przyczyn na oddziałach pediatrycznych i zabiegowych.	Długoterminowy	1) Utworzenie w wielospecjalistycznych szpitalach dziecięcych Zespołów Żywniowych. 2) Zachęcanie lekarzy do szkolenia w zakresie żywienia dzieci.	1. Wzrastająca liczba dzieci objętych specjalistycznym leczeniem żywieniowym w czasie hospitalizacji i po wypisie. 2) Spadek powikłań na oddziałach zabiegowych.	1) Wyrównanie nierówności zdrowotnych. 2) Poprawa jakości opieki nad dziećmi przewlekle chorymi, z niedożywieniem lub z nadmierną masą ciała. 3) Stosowanie nowoczesnego leczenia wybranych chorób przewodu pokarmowego. W Polsce w wielu szpitalach w ciągu ostatnich lat zostały utworzone Zespoły Żywniowe, które nadzorują żywienie dzieci w całym szpitalu. W województwie tylko w SPS ZOZ „Zdroje” przy Oddziale Pediatrii Gastrologii i Reumatologii działa zaczątek takiego zespołu. Wskazane jest aby takie zespoły działały w każdym wielospecjalistycznym szpitalu dziecięcym.
-----	--	---	----------------	--	---	---

PRIORYTET 4: Ograniczanie następstw zdrowotnych spowodowanych stosowaniem substancji psychoaktywnych lub uzależnieniem od tych substancji;

4.1	Zwiększenie dostępności leczenia ambulatoryjnego i stacjonarnego w zakresie uzależnień od substancji psychoaktywnych, w tym dla dzieci i młodzieży	Obniżenie liczby osób używających substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu; redukcja szkód zdrowotnych wywołanych przez substancje psychoaktywne i wynikających z tego absencji w pracy, niepodejmowania pracy.	Krótkoterminowy	1) Rozbudowa istniejącej i utworzenie nowej bazy terapii uzależnień w warunkach leczenia ambulatoryjnego, dziennego i całodobowego. 2) Utworzenie oddziału psychiatrii dla dzieci i młodzieży w subregionie koszalińskim. 3) Zwiększenie liczby poradni dla dzieci i młodzieży uzależnionych od substancji psychoaktywnych.	Liczba osób objętych opieką w stosunku do liczby potrzebujących; redukcja ilości hospitalizacji i interwencji medycznych wynikających z używania substancji psychoaktywnych.	Realizacja zadań zawartych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.
-----	--	---	-----------------	---	--	---

PRIORYTET 5: Zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych;

5.1	<p>Utworzenie sieci Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP) zgodnie z zaleceniami Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego</p>	<p>Działania: 1) poprawa dostępności do psychiatrycznej opieki zdrowotnej w każdym powiecie, 2) przejście z psychiatrycznej opieki szpitalnej całodobowej w kierunku opieki dziennej i środowiskowej, 2) poprawa dostępności do pozaszpitalnych form opieki psychiatrycznej w pobliżu miejsca zamieszkania pacjenta.</p>	<p>Długoterminowy</p>	<p>1) CZP tworzy się w celu zapewnienia opieki, docelowo na obszarze zamieszkałym przez nie więcej niż 200 tys. mieszkańców z zastrzeżeniem, że liczba ta może być odpowiednio dostosowana do szczególnych uwarunkowań terytorialnych występujących na danym obszarze lub innych okoliczności uzasadniających inną liczbę mieszkańców. Gęstość sieci (roz rozmieszczenie) CZP oraz zasięg ich terytorialnej odpowiedzialności określa plan umiejscowienia CZP. Odpowiedzialność terytorialna oznacza zobowiązanie do objęcia opieką każdego zgłaszającego się po pomoc mieszkańca określonego administracyjnie obszaru działania CZP. Umiejscowienie CZP (pozaszpitalnej infrastruktury CZP) co do zasady powinno być w całości zlokalizowane na obszarze odpowiedzialności terytorialnej. W przypadku braku dostępu do bazy szpitalnej na tym obszarze, dopuszczalne jest zapewnienie (umowa z podwykonawcą) całodobowych świadczeń szpitalnych CZP dla dorosłych w szpitalu najbliższym temu obszarowi. 2) Utrzymanie istniejącej bazy leczenia szpitalnego całodobowego z uwzględnieniem możliwości utworzenia łóżek psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych. 3) Rozbudowa istniejącej i utworzenie nowej bazy innych zróżnicowanych form leczenia psychiatrycznego: oddziały dzienne (nerwicowe, rehabilitacyjne, schorzeń afektywnych, dla osób z otępieniami itp.), leczenie ambulatoryjne, zespoły leczenia środowiskowego.</p>	<p>1) Liczba CZP. 2) Liczba populacji objętej CZP. 3) Liczba CZP w przeliczeniu na liczbę ludności powiatu/gminy/dzielnicy (1 CZP na 50 000-200 000 mieszkańców). 4) Liczba osób objętych opieką w stosunku do liczby potrzebujących. 5) Obniżenie wskaźnika hospitalizacji. 6) Skrócenie czasu trwania hospitalizacji. 7) Wzrost odsetka osób z zaburzeniami psychicznymi podejmujących i utrzymujących zatrudnienie.</p>	<p>Realizacja zaleceń zawartych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego.</p>
-----	---	---	-----------------------	--	--	---

5.2	Wzmocnienie opieki poszpitalnej pacjentów psychogeriatrycznych	Poprawa dostępności opieki pozaszpitalnej, objęcie opieką chorych samotnych.	Długoterminowy	Stworzenie pozaszpitalnych form opieki całodobowej, oddziałów dziennych z szeroko rozwiniętą terapią, oddziałów dziennych rehabilitacyjnych i rozszerzenie zadań opieki środowiskowej, wykorzystanie potencjału opieki środowiskowej rozszerzając jej działania, zwiększenie liczby miejsc w dziennych domach pomocy społecznej.	Objęcie opieką populację wiekową od 65 lat.	Narodowy program Ochrony Zdrowia psychicznego. Przebywanie długotrwale w szpitalach osób starszych w związku z brakiem zorganizowania im opieki poza szpitalem.
-----	--	--	----------------	--	---	---

PRIORYTET 6: Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom, w tym przeciwdziałanie skutkom nieprawidłowej antybiotykoterapii;

6.1	Wzmocnienie roli oddziałów zakaźnych w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa odnośnie chorób zakaźnych w województwie	<p>1) Zwiększenie liczby fachowej kadry lekarskiej i pielęgniarskiej w istniejących oddziałach szpitalnych, świadczących całodobowe usługi medyczne.</p> <p>2) Utrzymanie dotychczasowego wysokiego poziomu leczenia ambulatoryjnego specjalistycznego w zakresie AIDS.</p> <p>3) Polepszenie dostępu do nowych terapii WZW.</p> <p>4) Polepszenie dostępu do świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych z zakresu chorób zakaźnych.</p>	Długoterminowy	<p>1) Poprawa bazy i warunków leczniczych w oddziałach chorób zakaźnych.</p> <p>2) Stworzenie warunków sprzyjających podejmowaniu tej specjalizacji przez młodych lekarzy na bazie istniejących oddziałów zakaźnych.</p>	<p>1) Liczba zmodernizowanych oddziałów chorób zakaźnych.</p> <p>2) Liczba lekarzy ze specjalizacją z chorób zakaźnych pracujących w oddziałach zakaźnych oraz zdolnych pełnić dyżury medyczne.</p> <p>3) Dostępność do specjalisty.</p> <p>4) Liczba chorych objęta nowymi terapiami WZW.</p> <p>5) Skrócenie kolejek do specjalisty chorób zakaźnych.</p>	<p>Oddziały chorób zakaźnych funkcjonują w trudnych warunkach sanitarno-technicznych, pomieszczenia i wyposażenie oddziałów chorób zakaźnych są w stanie znacznego zużycia, co przy specyfice leczonych chorób może potęgować zagrożenie epidemiologiczne.</p> <p>Brak dostępnej liczby lekarzy i 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.</p>
-----	---	---	----------------	--	---	---

6.2	Zapobieganie szerzeniu się zakażeń HIV	Wdrożenie procedury postępowania poekspozycyjnego w szerszym wymiarze niż istniejąca obecnie.	Krótko i długoterminowy	Utworzenie Poradni lub Punktu Konsultacyjnego.	Zmniejszenie liczby zakażonych HIV w transmisji seksualnej.	Aktualnie postępowanie poekspozycyjne związane z ryzykownymi zachowaniami seksualnymi, zmniejszające możliwość zakażenia HIV i innymi chorobami przenoszonymi drogą seksualną nie trafia do wszystkich osób z grup ryzyka. Dotyczy to zwłaszcza MSM. Ryzyko zakażenia HIV w tym środowisku jest o wiele wyższe niż w populacji ogólnej. Zmniejszenie transmisji w tej grupie zmniejszy możliwość zakażeń HIV i chorób przenoszonych drogą seksualną w populacji ogólnej.
6.3	Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom w populacji dzieci i młodzieży	Zwiększenie odsetka dzieci i młodzieży objętych obowiązkowymi szczepieniami ochronnymi.	Krótko i długoterminowy	Preferowane rozwiązania systemowe adresowane do podstawowej opieki zdrowotnej - miejsce realizacji szczepień. Z uwagi za zagrożenia epidemiologiczne wymagana natychmiastowa poprawa. Po uzyskaniu poprawy utrzymanie wysokiego odsetka wyszczepialności.	Coroczna ocena odsetka dzieci i młodzieży województwa poddanych szczepieniom ochronnym.	Dostępne dane o skutecznym unikaniu szczepień ochronnych wskazują, iż znaczna część populacji dzieci i młodzieży unika szczepień ochronnych, co stwarza sytuację zagrożenia epidemiologicznego w województwie.
PRIORYTET 7: Tworzenie warunków sprzyjających utrzymaniu i poprawie zdrowia w środowisku nauki, pracy i zamieszkania;						
7.1	Opracowanie i wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy	Poprawa dostępności do rehabilitacji medycznej skoncentrowanej na schorzeniach narządów ruchu, które stanowią jedną z głównych przyczyn dezaktywacji zdrowotnej.	Długoterminowy	Na bazie oddziałów rehabilitacji realizacja programów rehabilitacji medycznej skoncentrowanych na schorzeniach wpływających dezaktywująco na rynek pracy – chorobach układu kostnowęzłowego i mięśniowego.	1) Liczba programów. 2) Liczba uczestników.	Czas oczekiwania na rehabilitację dla osób bez orzeczonej niepełnosprawności wynoszą ok. 5 miesięcy. Działania rehabilitacyjne skracają okres leczenia, poprawiają jego wyniki oraz łagodzą inwalidztwo, zwiększając możliwości powrotu do społeczeństwa, w tym aktywności zawodowej.

7.2	Poprawa opieki nad pacjentem reumatologicznym w trybie ambulatoryjnym	Zwiększenie dostępności do poradni specjalistycznych 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 właściwą diagnozę i skuteczne leczenie chorych. Generuje to ryzyko rozwoju inwalidztwa i obciąża kosztami świadczeń rentowych, kosztownych zabiegów operacyjnych (alloplastyki), świadczeń opiekuńczych.
7.3	Intensyfikacja działań służących wyrównywaniu nierówności w zdrowiu	Poprawa jakości stanu zdrowia mieszkańców Zapobieganie chorobom, poprzez ich wczesne wykrycie i leczenie	Długoterminowy	1) Edukacja zdrowotna. 2) Promocja zdrowia. 3) Profilaktyka chorób. 4) Rozwijanie zdrowego stylu życia. 5) Działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego.	1) Ocena zgłaszalności do programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej. 2) Liczba osób poddanych badaniom przesiewowym. 3) Odsetek mieszkańców województwa, do których adresowane były programy zdrowotne i programy polityki zdrowotnej. 4) Liczba programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej. 5) Współczynnik umieralności mieszkańców. 6) Przeciętna długość trwania życia.	Wpływ na nierówności w sytuacji zdrowotnej mieszkańców ma zarówno dostęp do usług medycznych, jak i wiele czynników środowiskowych tj.: • czynniki społeczno-ekonomiczne • środowisko pracy, nauki, zamieszkania i rekreacji, Edukacja zdrowotna i udział w programach zdrowotnych oraz w programach polityki zdrowotnej w znacznym stopniu pozwolą zapobiec chorobom i zainicjują wprowadzenie zdrowego stylu życia.

PRIORYTET 8: Poprawa jakości skuteczności opieki okołoporodowej oraz opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem;

8.1	Poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad dziećmi	1) Zwiększenie dostępności świadczeń zdrowotnych udzielanych dzieciom przez specjalistów pediatrów.	Długoterminowy	1) Preferowane rozwiązania systemowe: stworzenie sieci poradni dziecięcych zatrudniających specjalistów pediatrów, zwiększenie zatrudnienia specjalistów pediatrów w terenowych placówkach opieki zdrowotnej, zwłaszcza w centralnej części województwa. 2) Programy profilaktyki zdrowotnej. 3) Wczesne wykrywanie wad rozwojowych.	Mierniki: 1) współczynnik specjalistów pediatrów/10tys. dzieci w populacji - systematyczna ocena w perspektywie długoterminowej., 2) liczba nowych form opieki	Zbyt wysoki wskaźnik umieralności niemowląt i wzrost niepełnosprawności wśród dzieci i młodzieży w województwie.
8.2	Opieka na dziećmi z niedosłuchem celem poprawy opieki zdrowotnej nad dziećmi do lat 3 oraz poprawie warunków nauki poprzez rehabilitację	Opieka i rehabilitacja w postaci dostępu do leczenia operacyjnego mającego na celu leczenie wszelkiego rodzaju niedosłuchów, wspomaganie ośrodków w zakresie możliwości wykonywania procedur operacyjnych oraz zakupu sprzętu.	Krótko i długoterminowy	1) Wspieranie ośrodków leczących dzieci w pełnym zakresie, przede wszystkim do 3 roku życia. 2) Otwarcie miejsc specjalizacyjnych dla szkolących się w zakresie otolaryngologii dziecięcej. W perspektywie krótkoterminowej - poprawa warunków nauki. W perspektywie długoterminowej - poszerzenie możliwości wykonywania różnych zawodów.	Miernik wyniku - większy odsetek dzieci uczęszczających do publicznych placówek wychowawczych - integracja z dziećmi bez niepełnosprawności.	Prawidłowy słuch jest niezbędnym elementem prawidłowego rozwoju mowy, komunikacji społecznej dlatego już od wczesnych etapów życia stan słuchu powinien być monitorowany. Niektóre wady słuchu pojawiają się jako wady nabyte, dlatego niezbędny jest szeroki dostęp do opieki, ale również do rehabilitacji, jako że część pacjentów oprócz leczenia zabiegowego wymaga rehabilitacji słuchu i mowy aby osiągnąć dobry efekt leczenia. W zakresie zysków społecznych włączenie dziecka do grupy osób bez niepełnosprawności, już od wczesnych etapów życia.

8.3	Wzmocnienie roli perinatologii	Zwiększenie zakresu i poprawa jakości wyspecjalizowanych usług medycznych świadczonych na rzecz ciężarnych z ciężkimi powikłaniami ciąży i chorobami płodu w ośrodkach perinatalnych II i III stopnia.	Długoterminowy	Zwiększenie liczby specjalistów w istniejących ośrodkach perinatalnych oraz wyposażenie ośrodków III stopnia w sprzęt do terapii wewnątrzmacicznej płodów.	Liczba lekarzy posiadających specjalizację z perinatologii w danym ośrodku (co najmniej dwóch).	W ostatnich kilkudziesięciu latach znacznie wzrosła liczba różnorodnych wad rozwojowych płodu. Dzięki postępom techniki medycznej diametralnie zwiększyły się również możliwości rozpoznawania wad w przebiegu ciąży. W części przypadków istnieją możliwości terapii wewnątrzmacicznej takich nieprawidłowości. Obecnie, ze względu na ograniczone możliwości postępowania diagnostyczno-terapeutycznego część takich przypadków kierowana jest do ośrodków w innych województwach w Polsce. Należy dążyć do zaspokojenia potrzeb diagnostyczno-terapeutycznych własnymi siłami i środkami w naszym regionie.
8.4	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.	Długoterminowy	1. Rozwój istniejących Poradni Żywienia Domowego. 2. Otwarcie nowej Poradni Żywienia Domowego w innym mieście województwa. 3. Zachęcanie lekarzy do szkolenia w zakresie żywienia dzieci.	1) Wzrost liczby dzieci leczonych w Poradniach Żywienia Domowego do wartości stwierdzonych w innych regionach Polski. 2) Spadek średniej długości czasu hospitalizacji dzieci z zaburzeniami karmienia. 3) Zwiększenie dostępności dzieci z chorobami przewodu pokarmowego do nowoczesnych terapii żywieniowych.	1) Wyrównanie nierówności zdrowotnych. 2) Poprawa jakości opieki nad dziećmi przewlekle chorymi, z niedożywieniem. 3) Stosowanie nowoczesnego leczenia wybranych chorób przewodu pokarmowego. W województwie mamy najniższy odsetek dzieci objętych żywieniem domowym. Istnieją tylko dwie Poradnie Żywienia Domowego: jedna - przy Oddziale Pediatrii Gastrologii i Reumatologii SPS ZOZ „Zdroje” i druga - działająca w strukturach hospicjum (zajmuje się dziećmi leczonymi paliatywnie).

8.5	Poprawa dostępności do specjalistycznej opieki gastrologicznej dla dzieci	Skrócenie czasu oczekiwania na diagnostykę i leczenie w poradni gastrologicznej i na oddziałach szpitalnych.	Długoterminowy	1) Zachęcanie lekarzy do szkolenia w zakresie gastrologii dziecięcej. 2) Lepsza wycena procedur gastrologicznych kontraktowanych przez NFZ zarówno w odniesieniu do poradni jak i leczenia szpitalnego.	Czas oczekiwania na wizytę w poradni gastrologii dziecięcej oraz na leczenie szpitalne na oddziałach gastrologii dziecięcej.	1) Wyrównanie nierówności zdrowotnych. 2) Poprawa jakości opieki nad dziećmi. Obecnie czas oczekiwania na wizytę w poradni gastrologii dziecięcej wynosi ponad 6 miesięcy, a na leczenie szpitalne 3 miesiące.
PRIORYTET 9: Poprawa jakości leczenia bólu oraz monitorowania skuteczności tego leczenia;						
9.1	Poprawa jakości, skuteczności i dostępności opieki paliatywnej i hospicyjnej	1) Poprawa dostępności do świadczeń stacjonarnych. 2) Poprawa dostępności w powiatach w zakresie hospicjum domowego. 3) Zwiększenie bazy łóżkowej w oddziałach medycyny paliatywnej. 4) Poprawa warunków pobytu dla pacjenta w oddziale medycyny paliatywnej.	Długoterminowy, poza rok 2025	1) Zwiększenie liczby łóżek w oddziałach. 2) Utworzenie nowych ośrodków. 3) Stworzenie sal 1-2 osobowych zaopatrzonych w węzeł sanitarny. 4) Poprawa dostępności do opieki lekarskiej i pielęgniarskiej (zwiększenie obsady).	Liczba osób objętych opieką w stosunku do liczby potrzebujących	Wzrost znaczenia opieki paliatywnej jako wszechstronnej i potrzebnej opieki nad pacjentem z postępującą i zaawansowaną chorobą, u którego rokowanie jest ograniczone, a najważniejszym celem jest poprawa jakości życia chorego i jego rodziny. Wzrost jej znaczenia w okresie aktywnego leczenia lub w okresie stosowania terapii przedłużającej życie.
9.2	Zwiększenie dostępności skutecznego leczenia bólu	Działania: 1) podnoszenie wiedzy nt. potrzeby leczenia bólu wśród, personelu medycznego i pacjentów 2) poprawa skuteczności w leczeniu bólu.	Krótko i długoterminowy	1) Większa dostępność do Poradni Leczenia Bólu. 2) Większa dostępność do poradni i do zabiegów przeciwbólowych. 3) Szkolenia dla lekarzy POZ w zakresie leczenia bólu.	Liczba przeszkolonych lekarzy w zakresie nowoczesnego leczenia bólu.	Konieczna jest poprawa skuteczności leczenia bólu, szczególnie w zakresie układu ruchu i chorób nowotworowych, zwiększenie dostępności do rehabilitacji i do zabiegowych metod leczenia bólu. Szacuje się, że z powodu bólu przewlekłego cierpi 27 proc. dorosłej populacji naszego kraju, a w odniesieniu do osób powyżej 65. roku życia - 55 proc. populacji. Ustawa z 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta: art 1 ust 5), Art. 20a. 1. Pacjent ma prawo do leczenia bólu. 2. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany podejmować działania polegające na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia.

PRIORYTET 10: Zwiększenie koordynacji opieki nad pacjentami starszymi, niepełnosprawnymi oraz niesamodzielnymi;

10.1	Zwiększenie dostępności i jakości opieki nad osobami starszymi, w tym poprawa dostępności i jakości świadczeń geriatrycznych.	Realizacja rzeczywistych potrzeb zdrowotnych osób starszych.	Długoterminowy	Utworzenie docelowo dwóch specjalistycznych ośrodków geriatrycznych (Szczecin, Koszalin).	1) Wzrost liczby łóżek. 2) Wzrost liczby hospitalizacji.	Postępujący trend starzenia się społeczeństwa i powszechne występowanie wielochorobowości w wieku starszym. Brak możliwości wieloprofilowej i holistycznej diagnostyki i leczenia osób ze schorzeniami geriatrycznymi powoduje wiele powikłań zdrowotnych. Wysoki stopień migracji do innych województw.
10.2	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	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 opieki geriatrycznej oraz wdrażanie standardów opieki geriatrycznej. Powiązanie opieki społecznej z opieką zdrowotną. Poprawa dostępności do szpitalnych i pozaszpitalnych form leczenia w pobliżu miejsca zamieszkania pacjentów.	Krótko i długoterminowy	Tworzenie oddziałów i/lub pododdziałów geriatrycznych na bazie istniejących oddziałów chorób wewnętrznych w każdym większym szpitalu województwa. Budowa zintegrowanego centrum opieki geriatrycznej (świadczenia stacjonarne krótkoterminowe/ hospitalizacja 1-dniowa/ i geriatryczne usługi ambulatoryjne z bazą rehabilitacyjną i zapleczem usługowym) w Szczecinie i województwie. Zwiększenie ilości łóżek geriatrycznych w oddziałach chorób wewnętrznych, kardiologicznych, neurologicznych, gastroenterologicznych. Należy dążyć do przeniesienia opieki - głównie z oddziałów internistycznych lub/i wąsko specjalistycznych zachowawczych, w tym psychogeriatrycznych - na oddziały lub pododdziały geriatryczne.	Wartość docelowa liczby łóżek geriatrycznych w województwie powinna osiągnąć 20-25/100 tys. mieszkańców. Do 2020 roku utworzyć 50 łóżek. Wskaźnik liczby łóżek Czas oceny: rok 2025	Z uwagi na starzenie się społeczeństwa oraz wydłużenie średniego czasu życia znacząco wzrasta ilość pacjentów starszych z chorobami neurologicznymi, kardiologicznymi i innymi - świadczeniobiorców wymagających kompleksowej opieki leczniczej. O zasadności propozycji świadczą dane demograficzne dla Polski i województwa poparte wnioskami założeń Długofalowej Polityki Senioralnej na lata 2014-2020 oraz z Mapy Potrzeb Zdrowotnych dla woj. zachodniopomorskiego. Wg GUS (badania EHIS, European Health Interview Survey) średnia liczba chorób w grupie 80+ wzrasta do 4,4/osobę Istniejący Oddział Geriatrii w SP WSZ w Szczecinie już nie spełnia aktualnie obowiązujących wymogów sanitarno-architektonicznych i wymaga pilnego zakończenia inwestycji. Tym niemniej, dysponuje bazą do szkolenia kadr specjalistów z zakresu geriatrii. Dorównanie województwu śląskiemu, które aktualnie ma najlepsze w Polsce parametry opieki geriatrycznej (tj. 6,5 łóżek/100tys. ludności).

10.3	Zwiększenie dostępności do miejsc w zakładach opiekuńczo-leczniczych, w psychiatrycznej opiece długoterminowej	Obniżenie wskaźnika hospitalizacji psychiatrycznych, udzielenie adekwatnej opieki.	Krótkoterminowy	Utworzenie nowych miejsc w zakładach opiekuńczo-leczniczych i w ośrodkach dla przewlekle 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 województwa, niewydolność opiekuńcza rodzin ze względu na zmiany cywilizacyjne w funkcjonowaniu społecznym.
10.4	Poprawa dostępności do świadczeń opieki długoterminowej	Zwiększenie ilości pacjentów objętych opieką długoterminową zarówno stacjonarną jak i domową.	Długoterminowy	Dążenie do poprawy dostępności do świadczeń do poziomu średniej krajowej.	Analiza realizacji liczby i wartości zakontraktowanych świadczeń w poszczególnych latach,	Poprawa dostępności do wszystkich form opieki długoterminowej ze względu na coraz większą liczbę osób młodych wymagających tej formy opieki oraz zmiany demograficzne - starzenie się społeczeństwa, długi termin oczekiwania na udzielanie świadczenia (głównie w ramach opieki stacjonarnej).
10.5	Zwiększenie koordynacji opieki nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi	Zwiększenie liczby zakontraktowanych osobodni w pielęgniarstwie opiece długoterminowej domowej oraz liczby łóżek w zakładach opiekuńczych i pielęgnacyjnych.	Krótkoterminowy	Konieczne zwiększenie liczby ośrodków udzielających świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych.	1) Zmniejszenie liczby hospitalizacji osób starszych. 2) Skrócenie czasu hospitalizacji. 3) Liczba osób starszych objętych opieką domową. 4) Liczba łóżek w zakładach opiekuńczych i pielęgnacyjnych.	Ograniczony dostęp do oddziałów rehabilitacji oraz zakładów opiekuńczo-leczniczych, jak też do pielęgniarstwa opiece długoterminowej domowej skutkuje wydłużaniem pobytu chorych po udarze mózgu w oddziale neurologicznym, nieuzasadnionym wymogami procesu terapeutycznego. Generuje koszty, których nie pokrywa wycena procedury udarowej dokonana przez NFZ i ogranicza dostępność do świadczeń kolejnym chorym z powodu braku miejsc.

10.6	Wzmocnienie długoterminowej opieki instytucjonalnej nad starszym pacjentem z wielochorobowością, w tym sprofilowanych na otępienie	Poprawa dostępności do opieki długoterminowej dla pacjentów w terminalnej fazie chorób wieku starszego ze szczególnym podkreśleniem chorób przebiegających z otępieniem.	Długoterminowy, poza rok 2025	Tworzenie nowych jednostek w istniejących strukturach szpitali lub ich budowa oraz tworzenie sieci dziennych domów opieki dla osób o wysokim ryzyku progresji niesprawności fizycznej i poznawczej.	Liczba osób objętych opieką w stosunku do liczby osób potrzebujących, oczekujących w kolejce.	Odciążenie opiekunów rodzinnych niewydolnych pod względem opiekuńczym. Danie czasu opiekunom na zorganizowanie opieki i rehabilitacji w domu po wypisie chorego ze szpitala.
10.7	Wzmocnienie roli leczenia szpitalnego w geriatrici oraz opieki długoterminowej nad pacjentem w wieku podeszłym.	Poprawa dostępności do opieki długoterminowej dla pacjentów w terminalnej fazie chorób wieku starszego ze szczególnym podkreśleniem chorób przebiegających z otępieniem.	Długoterminowy, poza rok 2025		<ul style="list-style-type: none"> 1) Liczba oddziałów geriatrici w województwie. 2) Liczba łóżek przekształconych w łóżka geriatriczne. 3) Liczba lekarzy podejmujących szkolenie specjalizacyjne w zakresie geriatrici. 4) Liczba wyposażonych ośrodków geriatricznych. 	Zgodnie ze standardami WHO na 100 - 120 tys. mieszkańców powinno być dostępnych około 20 - 25 miejsc na oddziałach geriatricznych dziennych oraz jedna poradnia. Istnieje potrzeba wielokrotnienia oddziałów geriatricznych na terenie województwa. Potrzeby w zakresie łóżek geriatricznych powinny zostać zaspokojone przez zwiększenie liczby łóżek w oddziałach geriatricznych oraz przez wydzielenie łóżek z oddziałów chorób wewnętrznych, kardiologii i neurologii. Powinno to być powiązane z zatrudnieniem lekarzy geriatriców i z utworzeniem stanowiska konsultanta w dziedzinie geriatrici w oddziałach chorób wewnętrznych, neurologii i kardiologii.

10.8	<p>Poprawa jakości życia poprzez zmniejszenie występowania następstw chorób związanych z wiekiem uwzględniając działania profilaktyczne, skuteczniejsze wykrywanie oraz leczenie i rehabilitację pacjentów.</p>	<p>1) Wydłużenie okresu życia w zdrowiu i czasu przeżycia. 2) Przywracanie pacjenta w najlepszym możliwym stanie zdrowia i funkcjonowania do jego własnego środowiska. 3) Zachowanie maksymalnej sprawności i samodzielności pacjenta oraz możliwości prowadzenia w dalszym ciągu samodzielnego życia.</p>	<p>Długoterminowy, poza rok 2025</p>	<p>1) Działania edukacyjne, diagnostyczne, modyfikujące środowisko i styl życia. 2) Interwencje terapeutyczne oparte o wiedzę na temat procesu starzenia. 3) Wprowadzenie ułatwień w szkoleniu specjalizacyjnym z geriatry dla lekarzy, pielęgniarek i innych zawodów medycznych. 4) Rozwój opieki koordynowanej i kompleksowej nad osobami starszymi z uwzględnieniem interwencji terapeutycznych poprawiających sprawność i samodzielność pacjentów.</p>	<p>1) Współczynnik chorobowości wg wybranych jednostek chorobowych wymagających opieki czynnej i według grup wiekowych. 2) Wskaźnik śmiertelności z powodu wybranych jednostek chorobowych. 3) Współczynnik umieralności według przyczyn i wieku. 4) Oczekiwana długość życia w zdrowiu. 5) Przeciętne trwanie życia. 6) Liczba lekarzy specjalistów w zakresie geriatry i liczba osób wykonujących inne zawody medyczne w opiece nad osobami starszymi na 10 tys. ludności. 7) Liczba miejsc w długoterminowej stacjonarnej opiece na 10 tys. ludności. 8) Liczba osób oczekujących na miejsce w stacjonarnej opiece długoterminowej w zakresie świadczeń gwarantowanych.</p>	<p>Szczególną uwagę w obszarze zdrowia w regionie należy zwrócić na najstarszą grupę mieszkańców, czyli osoby 80+ gdyż zwiększy się odsetek ludzi starszych potrzebujących opieki zdrowotnej, zwłaszcza w ramach różnych form dziennej i ambulatoryjnej opieki środowiskowej, co wymagać będzie zapewnienia rozwiązań systemowych i kompleksowej opieki specjalistów różnych dziedzin medycyny.</p>
10.9	<p>Poprawa dostępności miejsc dla chorych po zakończeniu leczenia w oddziałach intensywnej terapii wymagających kontynuacji leczenia wentylacyjnego</p>	<p>Kontynuacja priorytetu poprzez sukcesywne zwiększanie liczby stanowisk dla pacjentów wentylowanych w zakładach opiekuńczo-leczniczych.</p>	<p>Długoterminowy</p>	<p>Dokontraktowanie większej liczby świadczeń zarówno w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych / opiekuńczo - leczniczych i w opiece domowej.</p>	<p>Monitorowanie dostępności i obciążenia łóżek dla pacjentów wentylowanych.</p>	<p>Obecnie najdroższe deficytowe łóżka intensywnej terapii blokowane są przez chorych, u których leczenie intensywne zostało zakończone, a którzy nadal wymagają wentylacji. W województwie nie ma miejsc, do których mogliby być przekazani. Utworzenie oddziałów przewlekłej wentylacji pośrednio spowoduje racjonalne wykorzystanie łóżek intensywnej terapii.</p>

PRIORYTET 11: Inne problemy zdrowotne istotne z punktu widzenia mieszkańców województwa

11.1	Wzmocnienie bazy sprzętowej, w tym aparatury diagnostycznej obrazowej m.in. aparaty rtg, ultrasonografy, tomograf komputerowy, rezonans magnetyczny	Efektywne wykorzystanie diagnostyki obrazowej jako niezbędne narzędzie do rozpoznania praktycznie wszystkich chorób, jak również do monitorowania procesu leczenia.	Długoterminowy	Zakup niezbędnej aparatury w szpitalach.	Skrócenie czasu oczekiwania na badania.	Aparatura diagnostyczna 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.
11.2	Doskonalenie bazy Państwowego Ratownictwa Medycznego	Poprawa czasu dojazdu do zdarzenia.	Krótkoterminowy	Poprawa funkcjonalności i sprawności miejsc stacjonowania Zespołów Ratownictwa Medycznego (ZRM).	Liczba miejsc stacjonowania ZRM spełniająca wymagania funkcjonalno-techniczne.	Sprawność Zespołów Ratownictwa Medycznego i ich działania podczas pełnienia całodobowych dyżurów i gotowości do udzielania szybkiej pomocy medycznej, uwarunkowane są m.in. stanem bazy lokalowej i sprzętowej. Dążenie do zapewnienia warunków prawidłowego wykonywania obowiązków ZRM zwiększa bezpieczeństwo zdrowotne mieszkańców i jest konieczne w najbliższym czasie.
11.3	Poprawa jakości i efektywności leczenia specjalistycznego ciężkich oparzeń	Zapewnienie dostępu do wysokiej jakości leczenia ciężkich oparzeń.	Długoterminowy	Wzmocnienie bazy istniejących ośrodków ciężkich oparzeń.	Poprawa warunków funkcjonowania oddziałów.	Zasoby istniejących ośrodków ciężkich oparzeń ulegają dekapitalizacji. Nastąpiło duże zużycie pomieszczeń i wyposażenia. Dalsze ich funkcjonowanie wymaga modernizacji i odnowienia sprzętu i aparatury medycznej.
11.4	Zwiększenie efektywności leczenia zabiegowego w ramach chirurgii jednego dnia i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej	Zmniejszenie liczby niepotrzebnych hospitalizacji.	2 lata	Stworzenie systemu chirurgii jednego dnia przez zwiększenie dofinansowania zabiegu ambulatoryjnego o koszty bloku operacyjnego i opiekę anestezjologiczną.	Stosunek liczby operacji w systemie chirurgii jednego dnia do liczby hospitalizacji, ocena w skali roku.	Zabiegi, które z medycznego punktu widzenia mogą być wykonane ambulatoryjnie są niepotrzebnie leczone szpitalnie z powodu braku możliwości rozliczenia kosztów bloku operacyjnego, oraz nadzoru anestezjologicznego.

11.5	Poprawa wyników leczenia nowotworów skóry	Poprawa wyników leczenia nowotworów skóry.	2 lata	Wyodrębnienie oddzielnego pakietu bezlimitowego na leczenie nowotworów skóry.	Liczba nawrotów nowotworów skóry, dokumentacja fotograficzna zaawansowania nowotworu przed operacją, oraz potwierdzenie histopatologiczne rozpoznania, ocena w skali roku.	W chwili obecnej nowotwory skóry są leczone w ramach ryczałtu co ogranicza możliwości szybkiego rozpoczęcia leczenia z uwagi na ograniczenia limitowe liczby zabiegów.
11.6	Poprawa efektywności i dostępności leczenia chorób gruczołów wydzielania wewnętrznego (endokrynologia)	1) Proponowana dostępność pozaszpitalnych form opieki. 2) 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 dużymi ośrodkami miejskimi.	Liczba osób objętych opieką w dużych miastach 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.
11.7	Zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych na świadczenia z zakresu endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego	Ograniczenie negatywnych skutków schorzeń układu kostno-stawowego poprzez: zmniejszenie średniego czasu oczekiwania na świadczenia endoprotezoplastyki poprzez wzrost liczby realizowanych świadczeń.	Długoterminowy	Wydzielenie środków finansowych dedykowanych na sfinansowanie analizowanych świadczeń: endoprotezoplastyki stawowej.	1) Poziom realizacji umowy. 2) Analiza liczby pacjentów w korelacji stanu kolejek oczekujących na świadczenia endoprotezoplastyki: liczba osób oczekujących i średni rzeczywisty czas oczekiwania. 3) Struktura wykonywanych świadczeń w porównaniu do roku poprzedniego.	Starzejące się społeczeństwo oraz wydłużenie czasu życia powoduje znaczny wzrost zapotrzebowania na świadczenia endoprotezoplastyki, na które oczekuje coraz większa liczba osób i na które wydłuża się średni rzeczywisty czas oczekiwania.

11.8	Organizacja kompleksowej, multidyscyplinarnej opieki w leczeniu wad wrodzonych	Poprawa ciągłości kompleksowej opieki nad chorymi z wrodzonymi wadami układu nerwowego (przepuklina oponowo-rdzeniowa, porażenie mózgowe dziecięce, padaczka), zarówno w okresie dziecięcym jak i po uzyskaniu dorosłości.	Krótkoterminowy	<p>1) Stworzenie opieki ambulatoryjnej uwzględniającej okresowe wizyty przy uczestniczeniu w nich jednocześnie kilku specjalistów zaangażowanych w leczenie określonej wady układu nerwowego np. poradnia dla chorych z przepukliną oponowo-rdzeniową: neurochirurg, ortopeda, nefrolog, chirurg dziecięcy. I tak dla poszczególnych schorzeń.</p> <p>2) Na bazie jednostki dysponującej odpowiednimi poradniami specjalistycznymi zorganizowanie kwartalnych jednoczesnych przyjęć multispecjalistycznych z możliwością ustalenia indywidualnego toru postępowania terapeutycznego po konsyliarnej naradzie specjalistów.</p>	Ocena skrócenia czasu oczekiwania na uzyskanie konsultacji specjalistycznej w celu podjęcia leczenia u innego specjalisty zajmującego się leczeniem danego schorzenia.	<p>1) Kompleksowość leczenia wad wrodzonych układu nerwowego powoduje konieczność wizyt u wielu specjalistów. Uzyskanie ich opinii wymaga często ciągu wielu wizyt dla podjęcia decyzji co do prawidłowego toku postępowania w danym momencie. Jednoczesne, okresowe kontrole multispecjalistyczne znacznie usprawnią czas takiego postępowania. Możliwość bezpośredniego kontaktu między specjalistami znacznie poprawi jakość opieki w indywidualnych przypadkach.</p> <p>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.</p>
------	--	--	-----------------	--	--	---

2. Analiza i diagnoza głównych problemów zdrowotnych w województwie zachodniopomorskim

Lp.	Obszary interwencji	Cel	Stan docelowy	Diagnoza stanu aktualnego	Różnica pomiędzy stanem docelowym a aktualnym	Przyczyny różnic pomiędzy stanem docelowym a aktualnym i ich istotność
PRIORYTET 1: Zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu: chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu, nowotworów złośliwych, przewlekłych chorób układu oddechowego, cukrzycy.						
1.1	Modernizacja istniejących oddziałów ginekologii onkologicznej	<p>Działania:</p> <p>1) uruchomienie większej liczby świadczeń zabiegowych w dziedzinie ginekologii onkologicznej,</p> <p>2) modernizacja bazy zabiegowej oraz dostosowanie do wymogów sanitarnych,</p> <p>3) usprawnienie transportu pacjentów i materiałów,</p> <p>4) wymiana urządzeń medycznych.</p>	Utworzenie oddziału ginekologii onkologicznej z uwagi na duży odsetek migracji pacjentów do innych województw.	Brak oddziału	Zgodnie z Mapami Potrzeb Zdrowotnych w Polsce w roku 2016 działało 31 dedykowanych oddziałów ginekologii onkologicznej, a województwo zachodniopomorskie było jednym z dwóch (obok woj. lubuskiego), w którym nie funkcjonował wyodrębniony oddział. Średnia dla pozostałych województw wynosiła ponad 2 oddziały. Opieka onkologiczna w zakresie ginekologii jest rozproszona w województwie, a część zabiegów prowadzona jest w niewyspecjalizowanych ośrodkach. Modernizacja infrastruktury istniejących podmiotów stworzy warunki do zapewnienia kompleksowej opieki onkologicznej.	Uruchomienie wyspecjalizowanej komórki w zakresie ginekologii onkologicznej jest niezbędne dla zapewnienia kompleksowości udzielanych świadczeń.

1.2	Zwiększenie jakości i efektywności postępowania diagnostyczno-leczniczego w udarach mózgowych	<p>Działania:</p> <p>1) szybki dostęp do świadczeń na oddziale udarowym,</p> <p>2) wzrost świadomości mieszkańców województwa w zakresie profilaktyki, rozpoznawania wczesnych objawów udaru i postępowania w przypadku wystąpienia udaru mózgowego,</p> <p>3) wczesna diagnostyka i leczenie chorób demielinizacyjnych.</p> <p>4) Zwiększenie dostępu do leczenia trombolitycznego ostrego udaru niedokrwiennego mózgu.</p>	<p>1) Wzrost liczby łóżek o 32-98 (do 2031 r.) w oddziałach neurologicznych w stosunku do aktualnej infrastruktury i przewidywanych zmian w strukturze demograficznej osób hospitalizowanych wg założeń prognozowanych w Mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla województwa zachodniopomorskiego na lata 2019-2021.</p> <p>2) Wskazane utworzenie przynajmniej jednego oddziału udarowego w części południowej województwa.</p>	<p>W 2016 r. w województwie 7 świadczeniodawców sprawowało opiekę szpitalną w oddziałach neurologicznych, w tym udarowych z łączną liczbą 280 łóżek, zlokalizowanych w Szczecinie (3), Koszalinie (1), Gryficach (1), Kołobrzegu (1) i Wałczu (1). Liczba hospitalizacji wynosiła 7,1 tys., przeciętne wykorzystanie łóżek 62,2%. W strukturze hospitalizacji najczęściej było produktów w zakresie: kompleksowego leczenia udarów mózgu w oddziale udarowym (22,9%), przemijającego niedokrwienia mózgu-rozszerzona diagnostyka (13,9%), leczenia udarów mózgu (9,4%), innych chorób układu nerwowego (9,3%).</p> <p>Białe plamy: część północno-zachodnia i południowo-zachodnia województwa nie posiada oddziału udarowego, Oddział Neurologii w Gorzowie nie jest w stanie zaspokoić potrzeb chorych z naszego województwa zamieszkałych w pobliżu Gorzowa.</p>	<p>Wg opinii Konsultanta Krajowego 1 oddział udarowy powinien obejmować swoją opieką populację najmniej 150 tys. maksymalnie do 250 tys. Optymalnie 200 tys. Problem stanowi utrzymywanie tzw. białych plam w obszarze województwa. Docelowo liczba oddziałów udarowych powinna wynosić przynajmniej 8.</p>	<p>Stale rosnąca liczba osób zapadających na choroby naczyniowe OUN, bez adekwatnego zwiększania liczby ośrodków i liczby łóżek.</p>
		<p>Utworzenie przynajmniej jednego w województwie centrum udarowego, w którym możliwe będzie leczenie trombektomią.</p>	<p>Stworzenie możliwości leczenia trombektomią w centrum udarowym wraz z określeniem procedur i sposobów ich finansowania.</p>	<p>Brak centrum udarowego w województwie, Zachodniopomorski Oddział NFZ nie posiada takiej procedury, leczenie nie jest finansowane w ramach procedury NFZ, brak procedur postępowania z chorym potencjalnie kwalifikowanym do leczenia trombektomią w szczególności procedur dotyczących transportu i przekazywania międzyszpitalnego tych chorych z Oddziałów Udarowych rejonowych do Centrum Udarowego.</p>	<p>Docelowo: przynajmniej jedno Centrum Udarowe z możliwością leczenia trombektomią w województwie.</p>	<p>Procedura leczenia udaru niedokrwiennego mózgu trombektomią nie była dotychczas stosowana rutynowo ani refundowana przez NFZ.</p>

1.3	Dokonalenie funkcjonowania opieki onkologicznej, w tym: zwiększenie dostępności do świadczeń chemioterapii w zakresie onkologii; utrzymanie bazy do leczenia radioterapią w celu zachowania liczby udzielanych świadczeń oraz wdrożenie w szerszym zakresie współczesnych technik radioterapii tj. stereotaktycznej i łukowej	<p>Działania:</p> <p>1) wczesne diagnozowanie chorób nowotworowych,</p> <p>2) zwiększenie liczby łóżek w oddziałach onkologii klinicznej, radioterapii i hematologii,</p> <p>3) poprawa warunków leczenia w oddziałach onkologicznych,</p> <p>4) zwiększenie świadomości mieszkańców w zakresie znaczenia stylu życia w zapobieganiu chorobom nowotworowym,</p> <p>5) rozwój dziennej chemioterapii,</p>	<p>Wzrost liczby łóżek w oddziałach onkologii klinicznej o 39-156, w oddziałach radioterapii o 25-68 i oddziałach hematologii o 55-112 w stosunku do aktualnej infrastruktury i przewidywanych zmian w strukturze demograficznej osób hospitalizowanych wg założeń prognozowanych w Mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla województwa zachodniopomorskiego na lata 2019-2021</p>	<p>W 2016 r. w województwie 5 świadczeniodawców realizowało świadczenia w zakresie onkologii klinicznej z liczbą 291 łóżek i 46 miejscami pobytu dziennego, zlokalizowanych w Szczecinie (4) i Koszalinie (1). Najwięcej hospitalizacji dotyczyło nowotworów: piersi (24,4%), dolnego odcinka przewodu pokarmowego (23,2%), górnego odcinka układu pokarmowego (10,7%), płuc (10,5%), ginekologicznych (9,6%) i hematologicznych (6,5%). W chwili obecnej w województwie działa tylko 46 miejsc dziennej chemioterapii, co powoduje przenoszenie terapii do oddziałów onkologicznych.</p>	<p>Nieadekwatna do wymagań ilość miejsc dziennej chemioterapii, brak możliwości rozliczania we wszystkich ośrodkach radiochemioterapii - wzrost migracji.</p>	<p>Niewystarczające kontraktowanie świadczeń przez NFZ.</p>
		<p>6) sukcesywna wymiana czterech akceleratorów liniowych,</p>	<p>Wzrost liczby łóżek oraz liczby hospitalizacji/osobodni.</p>	<p>Zużycie i zwiększona awaryjność aparatury medycznej powoduje coraz częstsze jej przestoje. Akceleratory nie posiadają możliwości realizacji nowych technik radioterapii. Wysoki koszt zakupu wraz z pracami adaptacyjnymi znacznie przekracza możliwości finansowe podmiotów leczniczych.</p>	<p>Utrzymanie ciągłości funkcjonowania aktualnie posiadanych 4 akceleratorów linowych.</p>	<p>Stąła odnowa aparatów do radioterapii zapobiegnie okresowemu wyłączeniu z eksploatacji starych i awaryjnych, co umożliwi zachowaniu ciągłości realizacji zaplanowanego procesu leczniczego.</p>
		<p>7) wdrożenie nowoczesnych procedur diagnostyki - tomografii emisyjnej pozytonowej (PET) i badań scyntygraficznych z zastosowaniem Gammakamery hybrydowej SPECT/CT.</p>	<p>Zapewnienie pełnego dostępu do aparatury medycznej z jak najwyższym poziomem operacyjności.</p>	<p>Uruchomienie PET/Gammakamery jest możliwe tylko przy udziale środków finansowych Ministra Zdrowia i kontraktacji ze strony NFZ.</p>	<p>Utrzymanie stałego funkcjonowania, co najmniej 1 aparatu PET/Gammakamery na terenie województwa.</p>	<p>Poziom realizacji procedur zależny od finansowania NFZ.</p>

1.4	Doskonalenie opieki kardiologicznej, w tym intensywny nadzór kardiologiczny	Działania: 1) wzrost świadomości prozdrowotnej, 2) zwiększenie liczby łóżek kardiologicznych, 3) poprawa warunków leczenia w oddziałach kardiologicznych, 4) poprawa dostępu do wczesnej diagnostyki.	Wzrost liczby łóżek o 91-265 w stosunku do aktualnej infrastruktury i przewidywanych zmian w strukturze demograficznej osób hospitalizowanych wg założeń prognozowanych w Mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla województwa zachodniopomorskiego na lata 2019-2021.	W 2016 r. w województwie było 6 świadczeniodawców realizujących szpitalne leczenie kardiologiczne zlokalizowanych w Szczecinie (3), Koszalinie (1), Kołobrzegu (1), Szczecinku (1) z łączną liczbą 293 łóżek. W strukturze hospitalizacji najczęściej wykonano produktów w zakresie: koronarografii i innych zabiegów inwazyjnych (23,4%), leczenia inwazyjnego złożonego OZW (13,4%), angioplastyki wieńcowej z implantacją stentu (6,6%).	Zwiększenie liczby łóżek w oddziałach kardiologicznych z 293 do co najmniej 384, w tym uruchomienie oddziału w południowej części województwa.	Dotychczasowy brak wskazań do zwiększenia liczby łóżek kardiologicznych i niedobór środków finansowych na modernizację i wyposażenie oddziałów w nowoczesną aparaturę medyczną.
1.5	Zwiększenie dostępności do rehabilitacji kardiologicznej	Zwiększenie liczby łóżek w części południowej województwa.	Skrócenie listy oczekujących pacjentów na leczenie o co najmniej 2/3.	Rehabilitacja kardiologiczna jest kontraktowana na terenie województwa w 3 oddziałach stacjonarnych w: Kamieniu Pomorskim, Szczecinie i Złocińcu oraz w 2 oddziałach dziennych w Szczecinie i Szczecinku. Ilość i rozmieszczenie oddziałów jest niewystarczająca.	Dążenie do skrócenia czasu oczekiwania na świadczenia rehabilitacyjne w oddziałach z długimi kolejkami.	Zbyt niski poziom kontraktowania rehabilitacji szpitalnej w ramach NFZ.
1.6	Poprawa jakości i efektywności leczenia pacjentów z onkologicznymi i schorzeniami ośrodkowego układu nerwowego (OUN)	Poprawa możliwości operacyjnych procesów nowotworowych rdzenia kręgowego.	Zatrzymanie migracji chorych z guzami OUN poza województwo i kraj spowodowane poszukiwaniem ośrodków dysponujących odpowiednim sprzętem i kadrą, umożliwiających usuwanie zmian przy jak najmniejszym ryzyku deficytów neurologicznych oraz zapewniających dalsze nowoczesne leczenie onkologiczne podparte genetyczną analizą procesu nowotworowego.	1) Brak przepływu informacji pomiędzy poszczególnymi jednostkami onkologicznymi, neurochirurgicznymi w województwie co do możliwości leczenia chorych z nowotworami mózgu i rdzenia zlokalizowanymi w głębokich lub elokwentnych obszarach OUN. 2) Brak współpracy neurochirurgiczno/onkologiczno/neuropatologicznej co do opierania dalszej terapii onkologicznej na genetycznym i histochemicznym profilu zmian.	Utworzenie jednego/dwóch ośrodków ukierunkowanych na całościowe zaopatrzenie chorych z onkologicznymi schorzeniami OUN w zakresie: neurochirurgii współpracującej z ortopedią i chirurgią szczękową, neuropatologii oraz onkologii (chemio/radioterapii włączając w to dysponowanie nożem gamma lub protonowym).	Podstawowa przyczyna różnic to braki w usprzętowieniu: neurochirurgia -stacje planowania, traktografia, śródoperacyjny elektromonitoring, onkologia – nóż gamma, nóż protonowy, neuropatologia – nowoczesne metody oceny uzyskanych preparatów pod kątem genetycznym, immunohistochemicznym. Drugą główną przyczyną jest brak finansowania przez płatnika procedur rozwojowych i opieranie się na dawno oszacowanych procedurach niespełniających obecnych wymagań nowoczesnego leczenia.

1.7	Kompleksowa opieka nad osobami dorosłymi oraz dziećmi chorymi na nowotwór	1) Wyrównanie dostępności oraz poprawa jakości usług w zakresie leczenia chorób nowotworowych. 2) Zwiększenie bezpieczeństwa i komfortu leczenia, wdrażanie nowych technologii na światowym poziomie zapewnienie ciągłości i kompleksowości opieki nad pacjentem, dostęp do nowoczesnych metod terapeutycznych. 3) Poprawa populacyjnych wskaźników zachorowalności i umieralności związanych z chorobami nowotworowymi.	Osiągnięcie średnich wskaźników europejskich w zakresie leczenia, umieralności i zachorowalności na wybrane rodzaje nowotworów.	Nieadekwatne w stosunku do europejskich wskaźniki umieralności na wybrane rodzaje nowotworów wraz z 5-letnimi odsetkami przeżyć, braki aparaturowe, niejednolity rozkład ośrodków onkologicznych z dostępem do nowoczesnych technologii diagnostycznych oraz radioterapeutycznych.	Nieproporcjonalne w stosunku do nakładów finansowanie procedur, braki kadrowe i sprzętowe, brak spójności w systemie lecznictwa onkologicznego.
1.8	Poprawa dostępności do opieki diabetologicznej	Działania: 1) zwiększenie liczby łóżek w oddziałach diabetologicznych, 2) wzrost świadomości prozdrowotnej mieszkańców w zakresie aktywności ruchowej i prawidłowego żywienia, 3) zwiększenie nacisku na wczesną diagnostykę (medycyna pracy).	Wzrost liczby łóżek o 35-75 w stosunku do aktualnej infrastruktury i przewidywanych zmian w strukturze demograficznej osób hospitalizowanych wg założeń prognozowanych w Mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla województwa zachodniopomorskiego na lata 2019-2021.	Wg stanu na koniec 2016 r. w województwie jest 85 łóżek diabetologicznych rozmieszczonych w 3 szpitalach: w Koszalinie (1) i Szczecinie (2). W strukturze hospitalizacji 39,9% dotyczyło zaburzeń odżywiania, cukrzycy z powikłaniami, innych chorób układu wydzielania wewnętrznego i przewlekłych chorób wątroby.	
1.10	Zwiększenie użycia badania PET-CT w diagnostyce onkologicznej	Rozszerzenie zastosowania badania PET-CT w guzach i nowotworach klatki piersiowej w diagnostyce przedoperacyjnej.	Istnieje jedna Pracownia PET-CT w Szpitalu w Szczecinie-Zdrojach. W skali województwa potrzeba minimum 2 pracowni.	Zgodnie z Mapą potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego na lata 2019-2021 według stanu na koniec 2016 r. woj. śląskim było 5 Pracowni PET-CT, a w woj. zachodniopomorskim tylko jedna, która dodatkowo obsługiwała mieszkańcom woj. lubuskiego. Wykonanie PET-CT musi być umiejscowione pomiędzy Konsylium, a rozpoczęciem leczenia tj. w przeciągu 14 dni. Jedna Pracownia nie wchłonie dodatkowo > 300 chorych w tym czasie.	Należy zwiększyć liczbę pracowni do minimum 2. Pracownia PET jest w istocie aparatem zaawansowanej technicznie tomografii komputerowej, ale tylko jednej - dla całej onkologii w województwie, a także dla przypadków preonkologicznych. Istotą programu priorytetów medycznych jest wykazanie w ciągu 24 m-cy niewydolności takiego systemu i decyzja o uruchomieniu drugiego aparatu PET, dla którego Pracownia była już gotowa.

1.11	Poprawa koordynacji opieki nad pacjentami chorymi na mukowiscydozę	1) Rozwój kompleksowej opieki nad chorymi na mukowiscydozę (leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, rehabilitacji). 2) Poprawa dostępności do rehabilitacji oddechowej 3) Poprawa współpracy oddziałów pulmonologii i pulmonologii dziecięcej.	Opieka nad pacjentami obejmująca leczenie ambulatoryjne i szpitalne w zakresie pulmonologii, gastrologii, żywienia, rehabilitacji, porad psychologa. Wydłużenie czasu ich życia (do 30-40 lat).	Pacjenci chorzy na mukowiscydozę są leczeni w różnych oddziałach pediatrycznych i poradniach. Do ośrodka specjalistycznego często trafiają w znacznie zaawansowanym stadium choroby, kiedy niewiele można im pomóc. Kompleksowa opieka i leczenie w kilku specjalistycznych oddziałach (pulmonologii, gastrologii) są niekorzystne finansowo (NFZ płaci za jedną hospitalizację). Znacznie ograniczone możliwości korzystania z rehabilitacji. Brak ośrodka rehabilitacji oddechowej.	Zastąpienie leczenia w różnych ośrodkach kompleksową opieką w ośrodku dysponującym szerokimi możliwościami leczenia i rehabilitacji. Pełne finansowanie wszystkich etapów leczenia. Stworzenie modelu przejmowania opieki nad chorymi po ukończeniu 18 lat.	Nieprawidłowe zasady finansowania, osobne umowy z NFZ na różne formy leczenia.
1.12	Zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej śmiertelności z powodu przewlekłych chorób płuc oraz nowotworów złośliwych płuc	Działania: 1) uruchomienie Poradni Antynikotynowej o zasięgu terytorialnym dawnego subregionu koszalińskiego, 2) wzmocnienie ośrodka leczenia gruźlicy i chorób płuc w dawnym subregionie koszalińskim, 3) utworzenie kompleksowego ośrodka leczenia gruźlicy i chorób płuc w obszarze szczecińskim	Zwiększenie łącznej liczby łóżek w województwie o 37.	Zgodnie z Mapą potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla województwa zachodniopomorskiego na lata 2019-2021 na terenie województwa funkcjonowało 238 łóżek zlokalizowanych w Szczecinie (146) i Koszalinie (92), odnotowuje się niewystarczającą liczbą łóżek przy jednoczesnym wzroście zachorowań. Migracja lecznicza pacjentów w tym obszarze obejmuje nie tylko województwa ościennie, ale również tak odległe jak opolskie i śląskie.	Zwiększenie łącznej liczby łóżek w województwie z 238 do 258- 275. Niewystarczająca liczba łóżek negatywnie wpływa na wczesną diagnostykę, a to z kolei na niezaspokojenie potrzeb zdrowotnych w tym zakresie.	Brak wytycznych do zwiększenia liczby łóżek. Zalecenia do zwiększenia łóżek w oddziałach chorób płuc i gruźlicy zostały określone w nowej Mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla województwa zachodniopomorskiego na lata 2019-2021.
PRIORYTET 2: Rehabilitacja						
2.1	Poprawa dostępności do rehabilitacji leczniczej dla dzieci i młodzieży	Zapewnienie dostępu do wysokiej jakości świadczeń rehabilitacyjnych dla dzieci i młodzieży.	Uzyskanie lepszych warunków funkcjonalnych i przestrzennych oraz nowoczesnego wyposażenia do prowadzenia rehabilitacji dzieci i młodzieży.	Istniejący ośrodek rehabilitacji dzieci i młodzieży funkcjonuje w nieodpowiednich warunkach lokalowych, pomieszczenia nie spełniają potrzeb powierzchniowych.	Aktualny stan niewłaściwych warunków rehabilitacji dzieci i młodzieży zostanie docelowo ulepszony na odpowiadający nowoczesnym standardom i potrzebom.	

2.2	Zwiększenie dostępności do leczenia rehabilitacyjnego dla chorych po udarze mózgu	Zwiększenie dostępu do leczenia rehabilitacyjnego w tym logopedycznego w warunkach ambulatoryjnych.	Docelowo: każdy chory po udarze mózgu z utrzymującym się jakimkolwiek deficytem neurologicznym powinien być rehabilitowany. W przypadku niewielkiego deficytu, należy w pierwszej kolejności umożliwić choremu rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych, bez oczekiwania na świadczenie, bezpośrednio po zakończonym leczeniu szpitalnym. Ograniczanie świadczeń rehabilitacyjnych szpitalnych do koniecznego minimum na rzecz rozwoju centrów rehabilitacji neurologicznej ambulatoryjnych.	Brak jakichkolwiek możliwości podjęcia rehabilitacji neurologicznej i logopedycznej bezpośrednio po wypisie ze szpitala w warunkach ambulatoryjnych.	Utworzenie ośrodków ambulatoryjnej kompleksowej rehabilitacji neurologicznej.	1) Brak finansowania w zakresie ambulatoryjnej rehabilitacji. 2) Stale rosnące potrzeby.
2.3	Poprawa jakości i efektywności neurorehabilitacji chorych po leczeniu ciężkich schorzeń ośrodkowego układu nerwowego (OUN)	Poprawa jakości i efektywności neurorehabilitacji chorych po leczeniu ciężkich schorzeń ośrodkowego układu nerwowego (OUN)	1) Skrócenie czasu oczekiwania na leczenie rehabilitacyjne po zakończeniu leczenia neurologicznego lub neurochirurgicznego. Przekazanie chorego po takim leczeniu powinno odbywać się bezpośrednio z oddziału lub z kilkudniowym opóźnieniem. Tak by zachowana została zasada kontynuacji leczenia. 2) Organizacja opieki polegałaby na kontakcie koordynatorów poszczególnych oddziałów co do stanu chorego, czasu przekazania do oddziału rehabilitacji i rodzaju rehabilitacji neurologicznej.	Obecnie chorzy po leczeniu neurologicznym lub neurochirurgicznym wypisywani są z oddziałów bez ustalonego czasu, a często i miejsca rehabilitacji. Ciągłość i kontynuacja leczenia jest w takich warunkach istotnie utrudniona. Dodatkowo bez bezpośredniego kontaktu między poszczególnymi jednostkami merytoryczna kontynuacja leczenia, uwzględniająca faktyczny stan chorego, szczegóły dotyczące wcześniejszego leczenia oraz rokowania jest znacznie zubożona. Ośrodki posiadające obecnie możliwość hospitalizowania chorych w celu rehabilitacji neurologicznej są praktycznie dwa (Choszczno, Białogard) oraz rozwijający się obecnie szpital św. Boromeusza.	Niezaspokojone potrzeby zdrowotne w omawianym zakresie to intensywna rehabilitacja bezpośrednia po udarach krwotocznych, niedokrwiennych, operacyjnym leczeniu guzów mózgu i rdzenia, urazach ośrodkowego układu nerwowego oraz operacyjnym leczeniu złożonych deformacji spondylotycznych kręgosłupa. W tym zakresie braki istnieją zarówno w zakresie lokalowym, sprzętowym, zespołowym i organizacyjnym co do skoordynowanej sieci przekazywania chorych w obrębie województwa.	Przyczyny to: 1) brak odpowiedniego finansowania w zakresie omawianego typu rehabilitacji, 2) wieloletnie zaniedbania w rozwoju bazy rehabilitacyjnej dla leczenia chorych z deficytami neurologicznymi, 3) odpływ kadry leczniczej do innych jednostek, prowadzący do atomizacji i braku koordynacji w neurorehabilitacji.

2.4	Zwiększenie dostępności do specjalistycznej rehabilitacji: neurologicznej, kardiologicznej oraz w schorzeniach kostno-stawowych i mięśniowych	1) Zwiększenie ilości pacjentów objętych opieką. 2) Skrócenie kolejek oczekujących i szybsza poprawa sprawności pacjentów. 3) Poprawa warunków realizacji zabiegów rehabilitacyjnych, w tym wyposażenia w nowoczesny sprzęt i aparaturę.	Skrócenie kolejek, zabezpieczenie kompleksowej opieki nad pacjentem.	W celu zwiększenia zabezpieczenia opieki dla pacjentów po zawale mięśnia sercowego i po udarach mózgu, w wyniku konkursu uzupełniającego ZOW NFZ zakontraktował dodatkowe usługi w ramach rehabilitacji neurologicznej i rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku/oddziale dziennym. Ponadto w celu zabezpieczenia kompleksowości świadczeń ZOW NFZ zakontraktował program kompleksowej opieki nad pacjentami po zawale serca tzw. KOS-zawał.	Dążenie do skrócenia czasu oczekiwania na świadczenia rehabilitacyjne w oddziałach z długimi kolejkami.	Zbyt niski poziom kontraktowania rehabilitacji szpitalnej w ramach NFZ.
2.5	Stworzenie możliwości leczenia i rehabilitacji tlenową terapią hiperbaryczną	Poprawa jakości i efektywności leczenia oraz rehabilitacji z wykorzystaniem tlenowej terapii hiperbarycznej.	Funkcjonowanie co najmniej jednego ośrodka terapii hiperbarycznej w województwie.	Brak ośrodka terapii hiperbarycznej na terenie województwa. Terapia hiperbaryczna jest świadczeniem gwarantowanym, wyodrębnionym w świadczeniach zdrowotnych, kontraktowana przez NFZ odrębnie. Obecnie pacjenci z województwa terapię hiperbaryczną muszą odbywać w innych województwach w Polsce. Najbliższe ośrodki z komorą hiperbaryczną znajdują się w Poznaniu i Gdyni.	Obecnie ograniczona oferta lecznicza szpitali w całym województwie - proponowane działanie przyczyni się do poprawy kompleksowości opieki, uzupełniając zakres świadczeń oddziałów: zabiegowych, laryngologicznych i urazowych. Otworzy drogę do rozwoju nowych terapii z udziałem HBO. Nastąpi poprawa kompleksowości opieki poprzez zapewnienie w jednym podmiocie leczniczym ciągłości procesu terapeutycznego.	Świadczeń udzielać będzie personel już zatrudniony w szpitalu, oddelegowany do pracy w Ośrodku Terapii Hiperbarycznej. Częściowo personel rozpoczął już szkolenia w ramach współpracy z istniejącymi ośrodkami HBO. Pielęgniarki i lekarze udzielający świadczeń w ośrodku będą mieli ukończone kursy medycyny nurkowej i hiperbarycznej zgodnie z zaleceniami ECHM/EDTC i ewentualnie kurs z patofizjologii nurkowania. Przyczyny różnic: brak infrastruktury, środków finansowych, wykształconego i doświadczonego w HBO personelu.
PRIORYTET 3: Przeciwdziałanie występowaniu otyłości;						
3.1	Zmniejszenie odsetka otyłych dzieci	Profilaktyka otyłości oraz diagnostyka i leczenie w grupie dzieci.	Realizacja programów leczenia otyłości	Brak systemowych programów dla szkół, medycyny szkolnej, w zakresie edukacji dietetycznej, stylu życia	Stworzone programy umożliwią walkę z otyłością u dzieci	Problem dotyczy ostatnich kilku/kilkunastu lat i należy działania dostosować do zmian epidemiologicznych

PRIORYTET 4: Ograniczanie następstw zdrowotnych spowodowanych stosowaniem substancji psychoaktywnych lub uzależnieniem od tych substancji;

4.1	Zwiększenie dostępności leczenia ambulatoryjnego i stacjonarnego w zakresie uzależnień od substancji psychoaktywnych, w tym dla dzieci i młodzieży.	Obniżenie liczby osób używających substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu; redukcja szkód zdrowotnych wywołanych przez substancje psychoaktywne i wynikających z tego absencji w pracy, niepodejmowania pracy.	1) Zwiększenie liczby poradni dla dzieci i młodzieży uzależnionych od substancji psychoaktywnych. 2) Utworzenie oddziału psychiatrii dla dzieci i młodzieży w subregionie koszalińskim.	Na terenie województwa funkcjonuje tylko 1 oddział psychiatrii dla dzieci i młodzieży, zlokalizowany w Szczecinie, 4 poradnie terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych i 5 poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży zlokalizowane w Koszalinie, Szczecinie i Stargardzie.	Uruchomienie oddziału psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży w Koszalinie i uruchomienie nowych poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży z uwzględnieniem równomiernego rozmieszczenia.	Niedobór lekarzy specjalistów w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży.
-----	---	---	--	--	---	--

PRIORYTET 5: Zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych;

5.1	Utworzenie Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP) zgodnie z zaleceniami Narodowego programu Ochrony Zdrowia Psychicznego	Działania: 1) poprawa dostępności do psychiatrycznej opieki zdrowotnej w każdym powiecie 2) przejście z psychiatrycznej opieki szpitalnej całodobowej w kierunku opieki dziennej i środowiskowej, 2) poprawa dostępności do pozaszpitalnych form opieki psychiatrycznej w pobliżu miejsca zamieszkania pacjenta.	Wg zaleceń Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 na 200 tys. mieszkańców powinien przypadać 1 CZP, czyli w województwie powinno być co najmniej 9 CZP.	Osoby z zaburzeniami psychicznymi nie mają zapewnionej wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb. Aktualnie do programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego włączono dwa ośrodki z terenu województwa: „MEDISON” Sp. z o. o. z siedzibą w Koszalinie oraz Regionalny Szpital w Kołobrzegu.	Obecnie w regionie nie funkcjonuje CZP.	Brak finansowania CZP ze środków publicznych.
5.2	Wzmocnienie opieki poszpitalnej pacjentów psychogeriatrycznych	Poprawa dostępności opieki pozaszpitalnej objęcie opieką chorych samotnych.	Realizacja podstawowych potrzeb zdrowotnych osób starszych oraz zapewnienie opieki osobom samotnym, zmniejszenie liczby pacjentów psychogeriatrycznych w oddziałach psychiatrycznych.	Zbyt mała dostępność miejsc, w których mogą przebywać pacjenci po hospitalizacji. Brak wykwalifikowanej kadry w zakresie współpracy z pacjentem psychogeriatrycznym.	Niezaspokojone potrzeby zdrowotne to zwiększenie liczby pacjentów w oddziałach, generowanie kosztów oddziałowych, blokada miejsc.	Wzrastająca liczba pacjentów starszych z zaburzeniami psychicznymi.

PRIORYTET 6: Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom, w tym przeciwdziałanie skutkom nieprawidłowej antybiotykoterapii;

6.1	Wzmocnienie roli oddziałów zakaźnych w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa odnośnie chorób zakaźnych w województwie	1) Zwiększenie liczby 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 szpitalnych i ambulatoryjnych z zakresu chorób zakaźnych.	1) Zmodernizowane oddziały chorób zakaźnych. 2) Zwiększenie liczby lekarzy podejmujących specjalizację w zakresie chorób zakaźnych.	Na terenie województwa funkcjonują tylko 3 oddziały chorób zakaźnych, w: Szczecinie, Koszalinie i Wałczu.	Utrzymanie dotychczasowej działalności i poprawa warunków funkcjonowania 3 oddziałów chorób zakaźnych na terenie województwa.	Zagrożenie dalszej działalności oddziałów chorób zakaźnych spowodowane jest przestarzałą infrastrukturą i niedoborem lekarzy specjalistów.
6.2	Zapobieganie szerzeniu się zakażeń HIV	Wdrożenie procedury postępowania poekspozycyjnego w szerszym wymiarze niż istniejąca obecnie.	Zmniejszenie transmisji zak. HIV i STD.			
6.3	Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom w populacji dzieci i młodzieży	Zwiększenie odsetka dzieci i młodzieży objętych obowiązkowymi szczepieniami ochronnymi.	Objęcie szczepieniami ochronnymi całej populacji dzieci i młodzieży.	Zwiększa się liczba rodziców odmawiających szczepień, co niesie ryzyko większej liczby zachorowań na choroby zakaźne i więcej powikłań.	Można przyjąć, że szczepieniom ochronnym "umyka" 5-10% populacji dziecięcej.	Brak skutecznego egzekwowania obowiązujących przepisów prawa i niczym nieograniczana aktywność ruchów antyszczepionowych sprawiają, że rośnie liczba dzieci nieszczepionych.

PRIORYTET 7: Tworzenie warunków sprzyjających utrzymaniu i poprawie zdrowia w środowisku nauki, pracy i zamieszkania;

7.1	Opracowanie i wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy	Poprawa dostępności do rehabilitacji medycznej skoncentrowanej na schorzeniach narządów ruchu, które stanowią jedną z głównych przyczyn dezaktywacji zdrowotnej.	Oczekiwana liczba zrealizowanych Programów – 13.	Aktualnie w systemie ochrony zdrowia nie ma programów rehabilitacyjnych skierowanych wyłącznie do osób w wieku aktywności zawodowej. Osoby pracujące ze schorzeniami narządu ruchu mogą jedynie korzystać z ogólnej dostępnej rehabilitacji oczekując w długich kolejkach na obowiązujących ustawowo zasadach, co utrudnia szybki powrót do zdrowia i tym samym pracy zawodowej.	Lepsza dostępność do rehabilitacji zmniejszy liczbę osób oczekujących na świadczenie i zapobiegnie pogłębianiu się stanu chorobowego osób aktywnych zawodowo.	Zwiększenie możliwości rehabilitacji osób w wieku aktywności zawodowej.
7.2	Poprawa opieki nad pacjentem reumatologicznym w trybie ambulatoryjnym	Zwiększenie dostępności do poradni specjalistycznych ze szczególnym naciskiem na ośrodki pozamiejskie.	Niezbędne jest zabezpieczenie ambulatoryjnej opieki reumatologicznej na terenie całego województwa co zmniejszy kolejki w poradniach w ośrodkach miejskich i poprawi jakość opieki, co skutkuje zmniejszeniem ryzyka inwalidztwa i obniży koszty społeczne związane z opieką nad niepełnosprawnym pacjentem.	Na terenie województwa obserwuje się wyraźną centralizację ambulatoryjnej opieki reumatologicznej w dużych ośrodkach miejskich z wyraźnym niedoborem tej opieki w odległych terenach województwa. Maleje liczba reumatologów chętnych do pracy w warunkach ambulatoryjnych z powodu najczęściej nieopłacalności tych świadczeń (zła, niewłaściwa wycena usług).		
7.3	Intensyfikacja działań służących wyrównywaniu nierówności w zdrowiu	Poprawa jakości stanu zdrowia mieszkańców Zapobieganie chorobom, poprzez ich wczesne wykrycie i leczenie	Rozwinięcie promocji zdrowia i jej realizowanie zgodnie z założeniami twórców, co pozwoli na stworzenie warunków umożliwiających zapobieganie występowaniu nierówności w zdrowiu. Dzięki temu możliwe będzie także zwiększenie obszaru wpływów jednostek i zbiorowości na zarządzanie sferą zdrowia na poziomie społeczności lokalnych i za pośrednictwem instytucji i organizacji obywatelskich. Programy zdrowotne i programy polityki zdrowotnej programy powinny być tak skonstruowane, aby swoim zasięgiem obejmowały wszystkich mieszkańców. Powinno się również dążyć do zwiększenia liczby osób uczestniczących w badaniach przesiewowych w celu wyeliminowania wielu groźnych chorób, w jak najwcześniejszej fazie rozwoju.	Nierówności w zdrowiu są aktualnie ogromnym problem. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest m. in. niewłaściwe wdrażanie promocji zdrowia wśród mieszkańców. Wielokrotnie jej głównym elementem jest jedynie edukacja zdrowotna, która nie jest połączona z międzysektorowym oddziaływaniem na środowisko społeczne, kulturowe i ekonomiczne mieszkańców. Ponadto nierówności społeczne pojawiające się wśród mieszkańców pogłębiają już istniejące nierówności w zdrowiu. Zdrowie, to jedno z podstawowych praw człowieka, dlatego też każdy powinien mieć do niego takie samo prawo, a niestety tak nie jest.	1) Zbyt mała dostępność do świadczeń zdrowotnych oraz programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej wśród mieszkańców dużych miast. 2) Zbyt mały odsetek osób biorących udział w badaniach przesiewowych. 3) Promocja zdrowia wdrażana w niewłaściwy sposób, niezgodnie z jej podstawowymi założeniami. 4) Brak prawidłowej ewaluacji działań z zakresu promocji zdrowia. 5) Niewystarczająca współpraca międzysektorowa.	1) Niewystarczająca edukacja z zakresu profilaktyki chorób. 2) Brak elementarnej wiedzy na temat podstawowych założeń promocji zdrowia. 3) Niewłaściwie planowane działania ewaluacyjne z zakresu promocji zdrowia.

PRIORYTET 8: Poprawa jakości skuteczności opieki okołoporodowej oraz opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem;

8.1	Poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad dziećmi	1) Zwiększenie dostępności świadczeń zdrowotnych udzielanych dzieciom przez specjalistów pediatrów. 2) Poprawa jakości i efektywności systemu ochrony zdrowia, zwiększających poziom bezpieczeństwa i satysfakcji pacjentów. 3) Wsparcie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji zaburzeń i wad rozwojowych.	Zapewniona pełna dostępność świadczeń zdrowotnych udzielanych dzieciom przez specjalistów chorób dziecięcych.	1) Dla szybszego rozpoznawania przewlekłych chorób u dzieci i młodzieży, jak i poprawy jakości opieki nad nimi, celowe byłoby utworzenie sieci poradni dziecięcych. 2) Na znacznych obszarach województwa, zwłaszcza w części centralnej województwa występuje niedobór specjalistów chorób dziecięcych.	Biorąc pod uwagę średni wiek specjalistów chorób dziecięcych na terenie województwa (aktualnie powyżej 50 lat) można przyjąć, że do poprawy sytuacji w perspektywie długoterminowej potrzeba co najmniej 300-400 nowozatrudnionych specjalistów.	Mała w porównaniu z innymi atrakcyjność specjalizacji; proponowane formy zatrudnienia nie gwarantują stabilizacji i nie stwarzają perspektyw rozwoju zawodowego.
8.2	Opieka na dziećmi z niedosłuchem celem poprawy opieki zdrowotnej nad dziećmi do lat 3 oraz poprawie warunków nauki poprzez rehabilitację	Opieka i rehabilitacja w postaci dostępu do leczenia operacyjnego mającego na celu leczenie wszelkiego rodzaju niedosłuchów, wspomaganie ośrodków w zakresie możliwości wykonywania procedur operacyjnych oraz zakupu sprzętu.		Na terenie województwa istnieją jedynie 3 ośrodki, w których możliwe jest leczenie laryngologiczne dzieci poniżej 3 roku życia; jest to związane między innymi z dostępnością oddziałów Intensywnej Opieki Medycznej dla Dzieci. Najbardziej racjonalne wydaje się wsparcie istniejących jednostek, jako, że organizacja nowego oddziału jest niemożliwa z uwagi na dramatyczny niedobór specjalistów z zakresu otolaryngologii oraz otolaryngologii dziecięcej.	Obszarem niezaspokojonych potrzeb są gminy oddalone od Szczecina i Koszalina czyli Łobez, Świdwin, Drawsko, Choszczno, Myślibórz, Wałcz, Gryfice, Kamień Pomorski	Główną przyczyną ograniczenia dostępności opieki zdrowotnej jest niedobór wyspecjalizowanej kadry medycznej.
8.3	Wzmocnienie roli perinatologii	Zwiększenie zakresu i poprawa jakości wysokospecjalistycznych usług medycznych świadczonych na rzecz ciężarnych z ciężkimi powikłaniami ciąży i chorobami płodu w ośrodkach perinatalnych II i III stopnia.	Docelowo co najmniej dwóch specjalistów perinatologów w ośrodku referencyjnym.	Obecnie w województwie pracuje tylko jeden specjalista perinatolog. Tylko jeden ośrodek posiada uprawnienia do specjalizowania w tym zakresie.		Specjalizacja z dziedziny perinatologii jest nową specjalizacją medyczną dedykowaną dla specjalistów położników-ginekologów. Obecnie w województwie tylko jeden ośrodek posiada uprawnienia do specjalizowania w tym zakresie, a liczba miejsc specjalizacyjnych w tym ośrodku jest ograniczona do dwóch.

9) Poprawa jakości leczenia bólu oraz monitorowania skuteczności tego leczenia;

9.1	Poprawa jakości, skuteczności i dostępności opieki paliatywnej i hospicyjnej	<p>1) Poprawa dostępności do świadczeń stacjonarnych. 2) Poprawa dostępności w powiatach w zakresie hospicjum domowego. 3) Zwiększenie bazy łóżkowej w oddziałach medycyny paliatywnej. 4) Poprawa warunków pobytu dla pacjenta w oddziale medycyny paliatywnej.</p>	<p>1) Dążenie do poprawy dostępności do świadczeń stacjonarnych do poziomu średniej krajowej lub wyższej. 2) Utworzenie ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej w powiatach, w których dostępność jest ograniczona. 3) Wyrównanie dostępności w powiatach w zakresie opieki hospicyjnej domowej, osiągnięcie wartości średniej krajowej lub wyższej.</p>	<p>1) Obecnie na terenie województwa funkcjonuje 6 oddziałów medycyny paliatywnej/hospicjów. 2) W każdym powiecie województwa działa przynajmniej jedno hospicjum. 3) Obecnie na terenie województwa działa 6 poradni z zakresu medycyny paliatywnej.</p>	<p>1) Zapewnić lepszą dostępność do oddziałów medycyny paliatywnej - zwiększenie bazy łóżkowej w istniejących podmiotach lub utworzenie nowych. 2) Zapewnić lepszą dostępność do opieki w zakresie leczenia otwartego i domowego.</p>	<p>1) W opiece stacjonarnej jest zbyt mała liczba świadczeniodawców. Podmioty, które istnieją posiadają ubogą bazę łóżkową. 2) Zwiększenie istniejących kontraktów i/lub zawarcie nowych wiąże się z koniecznością wzrostu zapotrzebowania na wykwalifikowany personel medyczny oraz większe potrzeby sprzętowo-lokalowe.</p>
9.2	Zwiększenie dostępności skutecznego leczenia bólu	<p>Działania: 1) podnoszenie wiedzy nt. potrzeby leczenia bólu wśród personelu medycznego i pacjentów, 2) poprawa skuteczności w leczeniu bólu.</p>	<p>1) Przeszkoleni lekarze POZ w zakresie leczenia bólu. 2) Poradnie leczenia bólu w takiej lokalizacji i ilości, aby zapewnić dostępność dla wszystkich potrzebujących.</p>	<p>Za małą dostępność do poradni leczenia bólu, poradni neurochirurgicznych.</p>	<p>Nieprawidłowe leczenie bólu lub brak leczenia bólu (o różnej przyczynie) negatywnie wpływa na jakość życia i funkcjonowanie osób cierpiących z powodu bólu. Podniesienie świadomości pacjentów i decydentów na temat zasadności właściwego leczenia bólu pozwoli na lepsze funkcjonowanie pacjentów, zarówno w sferze fizycznej jak i psychicznej. Należy wyposażyć lekarzy w wiedzę o nowoczesnych metodach leczenia i stworzyć więcej Poradni Leczenia Bólu.</p>	<p>Przyczyna różnic to brak dostatecznej wiedzy personelu medycznego oraz pacjentów na temat potrzeby leczenia bólu. Problem bólu nie był przedmiotem szkoleń w ciągu ostatnich lat. Poradni jest za mało i przez to jest utrudniona dostępność do tej formy leczenia.</p>

PRIORYTET 10: Zwiększenie koordynacji opieki nad pacjentami starszymi, niepełnosprawnymi oraz niesamodzielnymi;

10.1	Zwiększenie dostępności i jakości opieki nad osobami starszymi, w tym poprawa dostępności i jakości świadczeń geriatrycznych	Realizacja rzeczywistych potrzeb zdrowotnych osób starszych.	Wzrost liczby łóżek z 24 aktualnie funkcjonujących, do co najmniej 60.	Obecnie w województwie funkcjonuje 1 oddział geriatryczny w Szczecinie - zakontraktowane są 24 łóżka, co zdecydowanie nie zaspokaja potrzeb zdrowotnych przy starzejącym się społeczeństwie.	Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla województwa zachodniopomorskiego na lata 2019-2021 prognozują, iż potrzeby w zakresie leczenia w oddziałach geriatrycznych wzrosną w województwie z 3,51 tys. osobodni (2016 r.) do 5,49 tys.(2031 r.). Niedobory opieki geriatrycznej we wschodniej części województwa.	Niska dostępność do opieki geriatrycznej jest związana z małą liczbą lekarzy specjalistów w zakresie geriatryi. oraz niewystarczającym kontraktowaniem tych świadczeń przez NFZ -
10.4	Poprawa dostępności do świadczeń opieki długoterminowej	Zwiększenie ilości pacjentów objętych opieką długoterminową zarówno stacjonarną jak i domową.	Osiągnięcia wskaźnika dostępności do świadczeń na poziomie średniej krajowej; skrócenie czasu oczekiwania.	Obecnie na terenie woj. zakontraktowanych jest 13 ZOL. Województwo posiada jeden z niższych wskaźników dostępności w kraju. Zbyt niska liczba zakontraktowanych świadczeń w domu chorego powoduje większe obciążenie dla placówek stacjonarnych oraz generowanie wyższych kosztów leczenia.	Świadczenia są finansowane na poziomie rzeczywistego wykonania.	Brak jest wystarczającej bazy łóżkowej.
10.5	Zwiększenie koordynacji opieki nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi	Zwiększenie liczby zakontraktowanych osobodni w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej oraz liczby łóżek w zakładach opiekuńczych i pielęgnacyjnych.	Skrócenie czasu oczekiwania, możliwość objęcia opieką w jak najkrótszym czasie wszystkich pacjentów zarówno w opiece stacjonarnej jak i domowej.	Obecnie dostępność do świadczeń stacjonarnych jest znikoma, a czas oczekiwania na przyjęcie do placówki wielokrotnie przekracza okres 6 miesięcy. Usługi domowe świadczone są w zakresie ograniczonym, a w niektórych powiatach całkowicie niedostępne.	Zwiększenie liczby zakontraktowanych osobodni w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej oraz liczby łóżek w zakładach opiekuńczych i pielęgnacyjnych.	Rosnące zapotrzebowanie na świadczenia opiekuńcze wynikające z czynników demograficznych.

10.8	Poprawa jakości życia poprzez zmniejszenie występowania następstw chorób związanych z wiekiem uwzględniając działania profilaktyczne, skuteczniejsze wykrywanie oraz leczenie i rehabilitację pacjentów.	1) Wydłużenie okresu życia w zdrowiu i czasu przeżycia. 2) Przywracanie pacjenta w najlepszym możliwym stanie zdrowia i funkcjonowania do jego własnego środowiska. 3) Zachowanie maksymalnej sprawności i samodzielności pacjenta oraz możliwości prowadzenia w dalszym ciągu samodzielnego życia.	Skrócenie kolejek, możliwość objęcia opieką w jak najkrótszym czasie wszystkich pacjentów zarówno w opiece stacjonarnej jak i domowej.			
10.9	Poprawa dostępności miejsc dla chorych po zakończeniu leczenia w oddziałach intensywnej terapii wymagających kontynuacji leczenia wentylacyjnego	Kontynuacja priorytetu poprzez sukcesywne zwiększanie liczby stanowisk dla pacjentów wentylowanych w zakładach opiekuńczo-leczniczych.	Skrócenie kolejek, możliwość objęcia opieką w jak najkrótszym czasie wszystkich pacjentów zarówno w opiece stacjonarnej jak i domowej.	W wyniku konkursu uzupełniającego ZOW NFZ zakontraktował dodatkowe usługi w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie. Świadczenia dla pacjentów wentylowanych w zakładach opiekuńczo-leczniczych realizowane są przez 2 podmioty subregionu koszalińskiego (MSWiA Koszalin, Szpital w Szczecinku). Poziom realizacji kontraktu za I pół. 2018 r. wynosi 76%.	Zasadnym jest utworzenie 1 lub 2 placówek w ramach subregionu szczecińskiego celem obniżenia kosztów na oddziałach OIOM.	Brak potencjalnych realizatorów tych świadczeń.

PRIORYTET 11: Inne problemy zdrowotne istotne z punktu widzenia mieszkańców województwa

11.1	Wzmocnienie bazy sprzętowej, w tym aparatury diagnostycznej obrazowej m.in. aparaty rtg, ultrasonografy, tomograf komputerowy, rezonans magnetyczny	Efektywne wykorzystanie diagnostyki obrazowej jako niezbędne narzędzie do rozpoznania praktycznie wszystkich chorób, jak również do monitorowania procesu leczenia.	Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną zgodnie z potrzebami.	Aktualnie występują problemy związane z zachowaniem ciągłości wykonywania bieżących badań diagnostycznych w związku z wymuszonymi przerwami z powodu awarii sprzętu i aparatury diagnostycznej.	Niezgodne z wymaganiami i standardami bezpieczeństwa jakości leczenia wyposażenie pracowni diagnostycznych, co uniemożliwia stosowanie nowych procedur.	Brak środków finansowych na odnawianie i zakup nowej aparatury oraz dostosowanie warunków lokalowych pracowni diagnostycznych oraz niedobór kadry wyspecjalizowanej do obsługi wysokospecjalistycznej aparatury.
------	---	---	---	---	---	--

11.2	<p>doskonalenie bazy Państwowego Ratownictwa Medycznego</p>	<p>Poprawa czasu dojazdu do zdarzenia.</p>	<p>Poprawa warunków funkcjonowania 5 miejsc stacjonowania Zespołów Ratownictwa Medycznego w: w Szczecinie (2), Drawsku Pomorskim, Pyrzycach i Koszalinie.</p>	<p>Zespoły Ratownictwa Medycznego stacjonują w 46 obiektach rozmieszczonych na terenie województwa. Część z nich realizuje zadania ratownicze w trudnych warunkach lokalowych.</p>	<p>Osiągnięcie poprawy warunków gotowości do udzielania świadczeń ratowniczych w ponad 10% obiektów stacjonowania Zespołów Ratownictwa Medycznego.</p>	<p>Niewystarczające możliwości finansowania modernizacji.</p>
11.3	<p>Poprawa jakości i efektywności leczenia specjalistycznego ciężkich oparzeń</p>	<p>Zapewnienie dostępu do wysokiej jakości leczenia ciężkich oparzeń.</p>	<p>Utrzymanie pełnej ośrodków leczenia ciężkich oparzeń.</p>	<p>Wieloletnie funkcjonowanie istniejących ośrodków spowodowało zużycie pomieszczeń i sprzętu.</p>	<p>Unowocześnienie, poprawa i zapewnienie bezpiecznych warunków leczenia ciężkich oparzeń.</p>	<p>Brak środków finansowych na modernizację oddziału</p>
11.4	<p>Zwiększenie efektywności leczenia zabiegowego w ramach chirurgii jednego dnia i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej</p>	<p>Zmniejszenie liczby niepotrzebnych hospitalizacji.</p>	<p>Obniżenie liczby hospitalizacji, zmniejszenie kosztów leczenia operacyjnego w skali globalnej.</p>	<p>Brak systemu chirurgii jednego dnia.</p>	<p>Brak finansowania chirurgii jednego dnia i wymuszenie niepotrzebnych hospitalizacji zwiększa globalne koszty leczenia operacyjnego.</p>	<p>Przyczyną jest brak rozwiązań systemowych dzielących leczenie operacyjne na trzy kategorie finansowania: zabiegi w poradni, zabiegi chirurgii jednego dnia, oraz zabiegi wymagające hospitalizacji.</p>
11.5	<p>Poprawa wyników leczenia nowotworów skóry</p>	<p>Poprawa wyników leczenia nowotworów skóry.</p>	<p>Wyodrębnienie pakietu bezlimitowego na nowotwory skóry.</p>	<p>Długi okres oczekiwania na rozpoczęcie leczenia.</p>	<p>Leczenie nowotworów skóry obciąża ryczałt przeznaczony dla zabiegów planowych, dla których oczekiwanie w kolejce nie zmienia istotnie rokowania i stanu zdrowia. Poza tym, z powodu braku systemowej chirurgii jednego dnia, zabiegi mogące być wykonane w tym systemie są wykonywane w ramach hospitalizacji, co podnosi koszty leczenia.</p>	<p>Przyczyną jest brak rozwiązań systemowych dzielących leczenie operacyjne na trzy kategorie finansowania: zabiegi w poradni, zabiegi chirurgii jednego dnia, oraz zabiegi wymagające hospitalizacji.</p>

11.6	Poprawa efektywności i dostępności leczenia chorób gruczołów wydzielania wewnętrznego (endokrynologia)	1) Proponowana dostępność pozaszpitalnych form opieki. 2) Poprawa dostępności dla chorych w pobliżu miejsca ich zamieszkania.	Zwiększenie liczby poradni specjalistycznych na terenie województwa.	Obecnie dostępność na 10 tys. mieszkańców do świadczeń ambulatoryjnych w zakresie endokrynologii stawia województwo 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.	1) Mała dostępność do zabezpieczenia medycznego z dziedziny endokrynologii. 2) Stosunkowo niewielka liczba poradni specjalistycznych i przyszpitalnych na terenie województwa. 3) Utrudniony kontakt z lekarzem z przedmiotowej dziedziny.	Trudność odbycia specjalizacji z zakresu endokrynologii.
11.7	Zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych na świadczenia z zakresu endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego	Ograniczenie negatywnych skutków schorzeń układu kostnowstawowego poprzez: zmniejszenie średniego czasu oczekiwania na świadczenia endoprotezoplastyki poprzez wzrost liczby realizowanych świadczeń.	Osiągnięcia wskaźnika dostępności do świadczeń na poziomie średniej krajowej; skrócenie czasu oczekiwania.	W województwie 10 podmiotów realizuje świadczenia w zakresie endoprotezoplastyki. W II połowie 2017 r. przekazano świadczeniodawcom dodatkowe środki dedykowane wyłącznie na realizację świadczeń w ramach endoprotezoplastyki. Z analizy realizacji świadczeń wynika, że wzrasta liczba wykonywanych zabiegów endoprotezoplastyki przy jednoczesnym spadku pozostałych zabiegów chirurgii urazowo-ortopedycznej.	Priorytet jest realizowany. Skróceniu uległ średni czas oczekiwania na procedurę endoprotezoplastyki. Wzrosła natomiast liczba oczekujących w związku z dopisaniem nowych pacjentów (zwiększone zapotrzebowanie).	Realizacja świadczeń odbywa się na bazie dotychczasowo istniejących zasobów kadrowo sprzętowych i dostępności do bloków operacyjnych.
11.8	Organizacja kompleksowej, multidyscyplinarnej opieki w leczeniu wad wrodzonych	Poprawa ciągłości kompleksowej opieki nad chorymi z wrodzonymi wadami układu nerwowego (przepuklina oponowo-rdzeniowa, porażenie mózgowe dziecięce, padaczka), zarówno w okresie dziecięcym jak i po uzyskaniu dorosłości.	Utworzenie poradni: 1) leczenia spastyczności, 2) leczenia zaburzeń związanych z wadami dysraficznymi, 3) leczenia padaczki lekoopornej, 4) leczenia wad OUN w zespołach genetycznych (vHL, zespół Downa, choroby rzadkie). Poradnie takie powinny przyjmować chorych raz na dwa/trzy miesiące, jednak przyjęcia powinny być multidyscyplinarne tzn. związane z jednoczesną obecnością różnych specjalistów zajmujących się danym schorzeniem.	Brak jest obecnie w województwie koordynowanej multidyscyplinarnej opieki nad chorymi z padaczką lekooporną, wadami dysraficznymi, chorobami rzadkimi, spastycznością niepoddającą się leczeniu rehabilitacyjnemu i farmakologicznemu. Chorzy z tymi schorzeniami prowadzeni są ambulatoryjnie przez różnych specjalistów zajmujących się poszczególnymi aspektami omawianych schorzeń. Opieka taka jest jednak chaotyczna ze względu na brak przepływu informacji między specjalistami, a co za tym idzie brak jest efektywnej wypadkowej w procesie leczenia.	Białe plamy w omawianym zakresie to brak współpracy interdyscyplinarnej między ortopedą, neurologiem, neurochirurgiem u chorych ze spastycznością, między neurochirurgiem, ortopedą i urologiem u chorych z wadami dysraficznymi, między neurologiem, neurochirurgiem i psychologiem u chorych z padaczką lekooporną, genetykiem i neurochirurgiem u chorych z wadami OUN uwarunkowanymi genetycznie (z. Downa, vHL, choroby rzadkie).	Podstawową przyczyną są braki w organizowaniu skoordynowanej ambulatoryjnej opieki interdyscyplinarnej. Przypadkowe konsultacje między specjalistami, odsyłanie chorych z problemami leżącymi na pograniczu specjalności (neurolog/neurochirurg/ortopeda) ugruntowane od lat hamują postęp w prowadzeniu koordynowanego leczenia interdyscyplinarnego złożonych wad OUN.