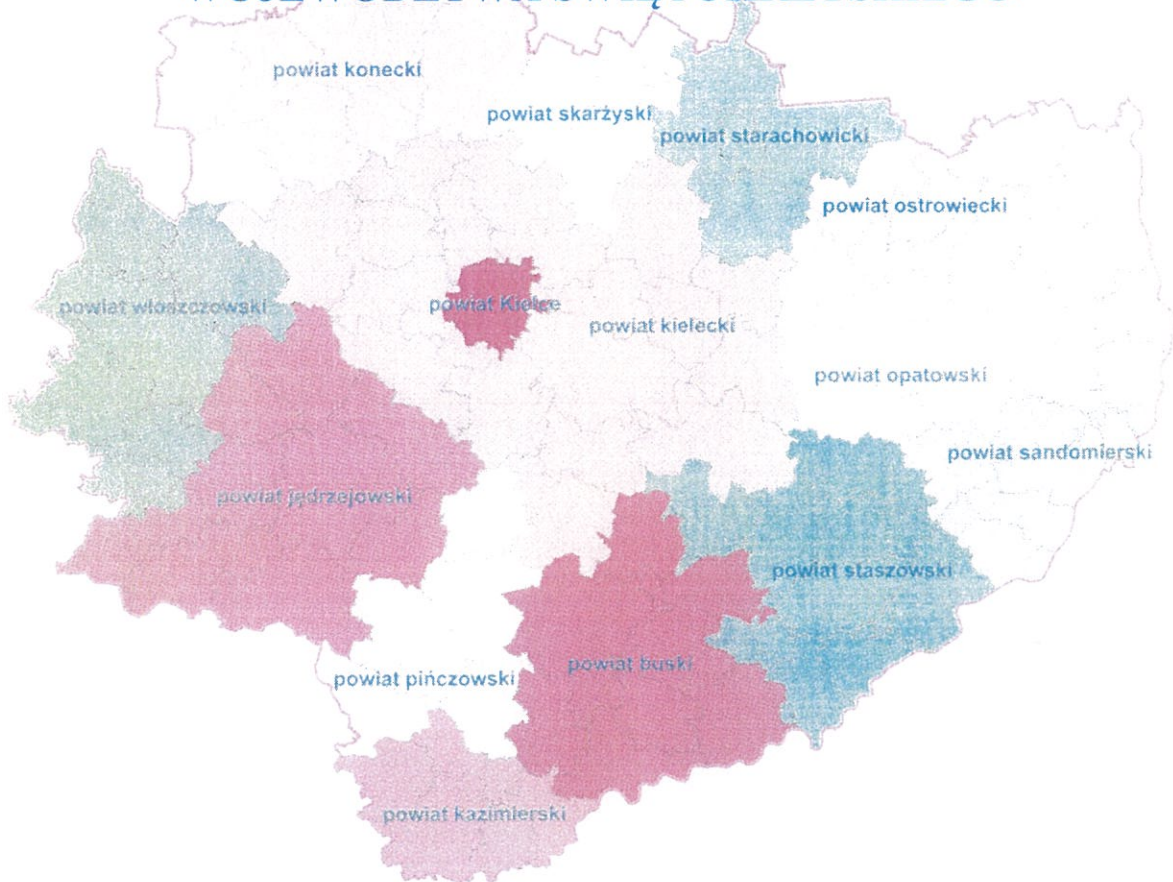


Załącznik Nr 1
do Zarządzenia Nr 21 /2018
Wojewody Świętokrzyskiego
z dnia 28 lutego 2018 r.

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO



Akceptuję: Wojewoda Świętokrzyski

Agata Wojtyszek
Agata Wojtyszek

Kielce 2018 r.

SPIS TREŚCI

Wstęp	2
1. Analiza i diagnoza	3
A. Stan docelowy.....	3
B. Diagnoza stanu aktualnego	6
C. Różnice pomiędzy stanem docelowym a aktualnym	7
D. Przyczyny różnic pomiędzy stanem docelowym a aktualnym i ich istotność	9
2. Strategia i wdrażanie.....	11
A. Priorytety zdrowotne	11
B. Proponowane przekierowanie strumienia finansowego płatnika publicznego	22

WSTĘP

Zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańcom województwa świętokrzyskiego jest jednym z najważniejszych zadań realizowanych przez Wojewodę. Dążąc do zapewnienia mieszkańcom województwa maksymalnego dostępu do usług zdrowotnych o wysokiej jakości, Wojewoda Świętokrzyski we współpracy z Wojewódzką Radą do Spraw Potrzeb Zdrowotnych, na podstawie art. 95c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustala Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej. Priorytety ustala się na okres, na który sporządza się mapy tj. od dnia 30 czerwca 2016 r. do dnia 31 grudnia 2018 r.

Prognozy w zakresie liczby hospitalizacji, liczby osobodni hospitalizacji oraz zapotrzebowania na łóżka wyłączone zostały, zarówno w Mapie Potrzeb Zdrowotnych jak i niniejszym opracowaniu. Nie analizowano szczegółowo wszystkich oddziałów o charakterze onkologicznym zlokalizowanych głównie w Świętokrzyskim Centrum Onkologii. Z analizy, z powodu stosunkowo małej liczby łóżek, wyłączono również: oddziały dziecięce (z wyłączeniem pediatrii i chirurgii dziecięcej), alergologiczne, chirurgii klatki piersiowej, chirurgii naczyniowej, dermatologiczne, endokrynologiczne, gastroenterologiczne, geriatryczne, pulmonologiczne, kardiochirurgiczne, reumatologiczne, nefrologiczne.

Rozdział „Strategia i wdrażanie” został opracowany na podstawie danych zawartych w *Mapie potrzeb* oraz problemów zdrowotnych i problemów związanych z opieką zdrowotną zgłoszonych przez Członków Wojewódzkiej Rady do spraw Potrzeb Zdrowotnych Województwa Świętokrzyskiego. Istotność zgłoszonych problemów zweryfikowano z zastosowaniem kryteriów wskazanych przez Ministerstwo Zdrowia: wpływ na zdrowie, modyfikowalność, wykonalność w odniesieniu do istniejących zasobów, akceptowalność, pomiar skutku interwencji, znaczenie społeczne, wyrównywanie nierówności zdrowotnych, koszty finansowe oraz skutki społeczne i ekonomiczne, trendy historyczne, bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów oraz efektywność.

W wyniku przeprowadzonej oceny ustalona została lista priorytetów zdrowotnych dla województwa świętokrzyskiego wyznaczająca kierunki działań, których nadrzędnym celem jest poprawa efektywności i organizacji systemu opieki zdrowotnej w województwie.

Priorytety zdrowotne wskazują na konieczność podjęcia działań w zakresie m. in.: zwiększenia dostępności świadczeń w zakresie geriatricznej oraz opieki długoterminowej, onkologii, wzmocnienie roli lekarzy internistów oraz odmłodzenie kadry lekarzy specjalistów, między innymi poprzez zwiększenie limitów przyjęć na studia medyczne.

1. Analiza i diagnoza

Województwo Świętokrzyskie położone w środkowo-wschodniej części Polski zajmuje powierzchnię 11 708 km² i jest zamieszkiwane przez 1 285,0 tys. osób. Jest to trzynaste pod względem liczby ludności województwo w Polsce. Gęstość zaludnienia wynosi 110 osób/km², a więc województwo należy do grona regionów o średniej gęstości zaludnienia. Populacja województwa świętokrzyskiego charakteryzuje się starszą strukturą wieku ludności niż populacja Polski.

W skład województwa wchodzi: 1 powiat grodzki (Kielce) i 13 powiatów ziemskich oraz 102 gminy (5 miejskich, 27 miejsko - wiejskich i 70 wiejskie). Obejmuje fragmenty pięciu regionów klimatycznych, ponieważ położone jest w dość mocno zróżnicowanej pod względem klimatycznym części kraju.

Województwo świętokrzyskie jest silnie zróżnicowane pod względem wskaźnika gęstości zaludnienia w poszczególnych powiatach. Największym zagęszczeniem charakteryzował się powiat m. Kielce (1814 osób na 1 km²), a następnie powiat skarżyski (196 osób) i ostrowiecki (184). Z kolei najmniejszym zagęszczeniem ludności odznaczały się następujące powiaty: włoszczowski, opatowski, pińczowski i jędrzejowski.

W miastach województwa mieszka tylko 45,3%. Rolę administracyjnego, kulturalnego i gospodarczego centrum regionu pełnią Kielce (200 tys. mieszkańców). Funkcje regionalnych ośrodków wzrostu pełnią miasta: Ostrowiec Świętokrzyski (74,2 tys. mieszkańców), Starachowice (53,3 tys.), Skarżysko-Kamienna (49,4 tys.) oraz Sandomierz (25,2 tys.).

Województwo świętokrzyskie ma charakter przemysłowo-rolniczy, o wysokim stopniu koncentracji tradycyjnych działów przemysłu, związanych z produkcją i obróbką metali, wydobywaniem i przetwórstwem surowców mineralnych oraz produkcją artykułów spożywczych. Charakterystyczny jest bardzo wyraźny podział województwa na przemysłową północ i rolnicze południe. Województwo Świętokrzyskie charakteryzuje się dużą i urozmaiconą bazą surowców mineralnych, natomiast niezbyt dużymi zasobami wodnymi.

A. Stan docelowy

„Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego” dla województwa świętokrzyskiego rekomenduje następujące działania dla poszczególnych oddziałów szpitalnych.

Oddział Chorób Wewnętrznych

1. Racjonalizacja czasu hospitalizacji pacjenta na poszczególnych oddziałach (mediana waha się w granicach od 4 do 8).
2. Kompleksowe zabezpieczenie opieki długoterminowej pacjentów w sposób inny niż leczenie na oddziale.
3. Weryfikacja liczby łóżek na oddziałach wynikająca ze wzrostu liczby hospitalizacji o 22,8 % w latach 2016-2029.

Oddział Pediatriczny

1. Weryfikacja liczby łóżek na oddziałach przy obłożeniu nieprzekraczającym 50%, przy prognozowanym spadku liczby hospitalizacji o 13,4% w latach 2016-2029.
2. Zbadanie zasadności długiego czasu hospitalizacji –różnicowanie mediany czasu pobytu na poszczególnych oddziałach (minimum – 2 , maksimum – 6).

Oddział Chirurgiczny Ogólny

1. Zwiększenie udziału świadczeń zabiegowych w oddziałach.
2. Koncentracja wykonywanych zabiegów kompleksowych.
3. Racjonalizacja liczby łóżek przy wzroście liczby hospitalizacji o 12,1% w latach 2016-2029.

Oddział o charakterze położniczym lub ginekologicznym

1. Analiza zasadności istnienia obecnej liczby oddziałów (w 5 oddziałach zrealizowano mniej niż 400 porodów rocznie z czego wynika, że obłożenie na nich jest nie wyższe niż 50% w skali roku).
2. Weryfikacja liczby łóżek na oddziałach przy spadku liczby hospitalizacji o 16,1% w latach 2016-2029.

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

1. Centralizacja świadczeń intensywnej terapii lub ewentualne przekształcenie oddziałów w oddziały anestezjologii.
2. Priorytetem przy centralizacji powinny zostać objęte podmioty lecznicze, w których funkcjonują SOR (zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 roku – Dz. U. z 2015 r. poz. 178 winny one posiadać oddziały AiIT).

Oddział Chirurgiczny dla Dzieci

1. Racjonalizacja liczby łóżek na oddziałach w wyniku spadku w latach 2016-2029 liczby hospitalizacji o 11,6%.

Oddział Otorynolaryngologiczny

1. Zwiększenie udziału świadczeń zabiegowych na poszczególnych oddziałach.
2. Zbadanie zasadności istnienia obecnej liczby oddziałów i ewentualne zmniejszenie ich liczby.
3. Koncentracja wykonywania zabiegów kompleksowych.
4. Weryfikacja liczby łóżek na oddziałach wynikająca ze wzrostu w latach 2016-2029 liczby hospitalizacji o 3,7%.

Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej

1. Zwiększenie udziału świadczeń zabiegowych na oddziałach.
2. Zbadanie zasadności istnienia aktualnej liczby oddziałów.
3. Koncentracja wykonywania zabiegów kompleksowych.

4. Racjonalizacja liczby łóżek przy wzroście w latach 2016-2029 liczby hospitalizacji o 7,7%.

Oddział gruźlicy lub chorób płuc

1. Przesunięcie części świadczeń zdrowotnych do oddziałów chorób wewnętrznych (z wyłączeniem ośrodków specjalizujących się w diagnostyce pulmonologicznej w szczególności w diagnostyce inwazyjnej i leczeniu specjalistycznych schorzeń pulmonologicznych).
2. Weryfikacja liczby łóżek na oddziałach (rozbudowa oddziałów) przy znacznym wzroście liczby hospitalizacji (o ok. 15,5%) w latach 2016-2029 wynikająca z trendów demograficznych i optymalizacji obłożeń.

Oddział jednego dnia (chirurgii i leczenia)

Wsparcie rozwoju udzielania świadczeń zdrowotnych „jednego dnia” w różnych zakresach z uwagi na bardzo wysokie wykorzystania potencjału.

Oddział kardiologiczny (w tym INK)

1. Racjonalizacja liczby łóżek na oddziałach wynikająca ze wzrostu liczby hospitalizacji o 24,2% w latach 2016 – 2029.
2. Rozdysponowanie części łóżek w celu zaspokojenia potrzeb pacjentów powyżej 85 roku życia.

Oddział neonatologiczny

1. Funkcjonowanie oddziałów neonatologicznych przy oddziałach ginekologiczno-położniczych, w których przyjmowane są porody.
2. Racjonalizacja liczby łóżek na oddziałach wynika ze spadku liczby hospitalizacji o 16,8% w latach 2016-2029.

Oddział neurochirurgiczny

1. Zwiększenie udziału świadczeń zabiegowych na oddziałach.
2. Zbadanie zasadności istnienia aktualnej liczby oddziałów.
3. Weryfikacja liczby łóżek na oddziałach będąca wynikiem wzrostu liczby hospitalizacji o 8,1% w latach 2016 – 2029.

Oddział neurologiczny (w tym udarowy)

1. Zwiększenie dostępności oddziałów neurologicznych.
2. Zbadanie zasadności powiązania niektórych oddziałów z oddziałami chorób wewnętrznych.
3. Przy wzroście liczby hospitalizacji o 10,6 % w latach 2016-2029 należy zracjonalizować (zwiększyć) liczbę łóżek.
4. Wydzielenie części łóżek w celu zaspokojenia potrzeb osób starszych.

Oddział chorób zakaźnych

1. Pozostawienie oddziałów chorób zakaźnych jako odrębnych jednostek.
2. Weryfikacja liczby łóżek (zwiększenie) wynikająca ze wzrostu liczby hospitalizacji o 7,9% w latach 2016 – 2029.

Oddział okulistyczny

1. Dążenie do zwiększenia udziału świadczeń zabiegowych na oddziałach.
2. Trendy demograficzne i optymalizacja obciążeń wskazują na wzrost liczby hospitalizacji o 26,4% w latach 2016- 2029, a co za tym idzie weryfikacja liczby łóżek.

Oddział onkologiczny (w tym onkologii klinicznej)

1. Poprawa dostępności do diagnostyki poprzez uruchomienie ośrodków chemioterapii dziennej i/lub ambulatoryjnej z dobrym zapleczem diagnostycznym i możliwością hospitalizacji chorych w razie konieczności na bazie szpitali powiatowych województwa.
2. Szeroko pojęta profilaktyka i promocja zdrowia umożliwiająca wczesne wykrywanie nowotworów, co stwarza szansę na skuteczne i radykalne wyleczenie.
3. Realizacja założonego pakietu onkologicznego, badań skriningowych, rozbudowa bazy diagnostycznej placówek ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, poz, szpitali powiatowych (w oparciu o placówki podstawowej sieci zabezpieczenia).

Oddział urologiczny

1. Zwiększenie udziału świadczeń zabiegowych na oddziałach.
2. Zbadanie zasadności istnienia obecnej liczby oddziałów.
3. Koncentracja wykonywania zabiegów kompleksowych.
4. Racjonalizacja liczby łóżek na oddziałach wynikająca ze wzrostu liczby hospitalizacji o 18,2% w latach 2016 – 2029.

B. Diagnoza stanu aktualnego

W województwie świętokrzyskim w roku 2014 funkcjonowało 38 szpitali (w tym 32 posiadało kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia), łączna liczba łóżek szpitalnych wynosiła 5985 (w tym 5480 łóżek funkcjonujących w ramach kontraktu z NFZ). Liczba stołów operacyjnych w województwie świętokrzyskim w roku 2014 wynosiła 11,00 na 100 tys. mieszkańców. Średnio na jeden stół wykonywanych jest 450 operacji.

Województwo świętokrzyskie cechowało się wyższą śmiertelnością pooperacyjną w grupie dużych i kompleksowych zabiegów w obrębie chorób układu oddechowego i chorób wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony. Należy zauważyć, że wartości zdecydowanie odbiegały od ogólnopolskich.

Najczęstszymi przyczynami zgonów na terenie województwa świętokrzyskiego były choroby układu krążenia (49,8% wszystkich zgonów; 57,2% u kobiet; 43,3% u mężczyzn), nowotwory złośliwe (odpowiednio: 22,3%; 19,9%, 24,5%), przyczyny zewnętrzne

(odpowiednio: 5,8%; 2,5%; 8,8%) i choroby układu oddechowego (odpowiednio: 4,6%; 3,4%; 5,6%).

W bazie Naczelnej Izby Lekarskiej w roku 2014 w województwie świętokrzyskim zarejestrowanych było 4 643 lekarzy specjalistów. Najliczniejszą grupę stanowili specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych, pediatrii, stomatologii zachowawczej z endodoncją i medycyny rodzinnej. Wśród dziedzin ze zbyt małym zapleczem kadrowym znajdowało się 9 dziedzin priorytetowych, tj.: geriatria, ginekologia onkologiczna, hematologia, medycyna ratunkowa, neurologia dziecięca, onkologia i hematologia dziecięca, psychiatria dzieci i młodzieży, radioterapia onkologiczna i stomatologia dziecięca. W 2014 roku w województwie świętokrzyskim, wśród specjalistów mediana wieku wynosiła aż 55 lat i była o rok wyższa niż w Polsce, co oznacza, iż kadra lekarska w województwie jest przeciętnie starsza niż przeciętna wieku w Polsce.

W roku 2014 w województwie świętokrzyskim zarejestrowanych było 11 598 pielęgniarek i położnych, z czego 10 321 pielęgniarek i 1 277 położnych. Liczba pielęgniarek w przeliczeniu na 100 tys. ludności wynosiła ok. 817 (2 miejsce w kraju). W przypadku położnych, liczba położnych na 100 tys. kobiet w wieku rozrodczym wynosi ok. 382 (4 miejsce w kraju). Wśród zarejestrowanych pielęgniarek i położnych, prawie połowa z nich to osoby powyżej 50 roku życia, co wskazuje na konieczność szybkiego „odmłodzenia” tych grup zawodowych.

Szpitalne województwa świętokrzyskiego w roku 2014 dysponowały następującymi zasobami sprzętowymi: 4 akceleratorami liniowymi (Kielce), 1 pozytonowym tomografem (Kielce), 24 analizatorami biochemicznymi wieloparametrowymi (7 – Kielce, 7 – powiat ostrowiecki, 3 – powiat kielecki, 3 – powiat sandomierski, 1 – powiat kazimierski, 1 – powiat konecki, 1 – powiat opatowski, 1 – powiat starachowicki), 21 aparatami rentgenowskimi z opcją naczyniową i obróbką cyfrową (16 – Kielce, 2 – powiat starachowicki, 1 – powiat konecki, 1 – powiat jędrzejowski, 1 – powiat włoszczowski), 31 aparatami RTG z torem wizyjnym (13 – Kielce, 4 – powiat buski, 3 – powiat ostrowiecki, w pozostałych powiatach 1 lub 2, przy czym w powiatach kazimierskim i skarżyskim nie ma żadnego), 48 echokardiografami (19 – Kielce, 6 – powiat starachowicki, 5 – powiat sandomierski, a w pozostałych powiatach ich liczba była nie większa niż 3), 3 kamerami gamma (Kielce), 7 litotryptorami (2 – Kielce, 2 – powiat kielecki, 1 – powiat buski, 1 – powiat konecki, 1 – powiat starachowicki), 8 mammografami (4 – Kielce, 1 – powiat ostrowiecki, 1 – powiat sandomierski, 1 – powiat skarżyski, 1 – powiat staszowski), 5 urządzeniami rezonansu magnetycznego (3 – Kielce, 1 – powiat konecki, 1 – powiat sandomierski), 20 tomografami komputerowymi (8 – Kielce, pozostałe były równomiernie rozmieszczone po województwie, z wyjątkiem powiatów buskiego, kazimierskiego i włoszczowskiego) oraz 12 urządzeń angiograficznych (5 – Kielce, 4 – powiat starachowicki, 1 – powiat konecki, 1 – powiat pińczowski, 1 – powiat sandomierski).

C. Różnice pomiędzy stanem docelowym a aktualnym

Zgodnie wnioskami i rekomendacjami dla szpitalnictwa zawartymi w Mapach Potrzeb Zdrowotnych z zakresu Lecznictwa Szpitalnego dla województwa świętokrzyskiego, przy uwzględnieniu prognoz demograficznych oraz optymalizacji obciążeń, można stwierdzić następujące różnice pomiędzy stanem docelowym a aktualnym:

1. Oddziały Anestezjologii i Intensywnej Terapii – winny funkcjonować w strukturze wszystkich podmiotów leczniczych posiadających w strukturze Szpitalne Oddziały Ratunkowe.
2. Oddział chirurgiczny dla dzieci: w latach 2016-2029 nastąpi spadek liczby hospitalizacji o 11,6%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia potrzeb to 30 w 2016 roku, 30 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 r. w województwie było 40 łóżek).
3. Oddział otorynolaryngologiczny: w latach 2016-2029 nastąpi wzrost liczby hospitalizacji o 3,7%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia potrzeb to 90 w 2016 roku, 100 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 r. w województwie było 136 łóżek).
4. Oddział chirurgii urazowo – ortopedycznej: w latach 2016-2029 nastąpi wzrost liczby hospitalizacji o 7,7%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia potrzeb to 310 w 2016 roku, 350 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 r. w województwie było 376 łóżek).
5. Oddział gruźlicy i chorób płuc: w latach 2016-2029 nastąpi wzrost liczby hospitalizacji o 15,5%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia potrzeb to 250 w 2016 roku, 300 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 r. w województwie było 183 łóżka).
6. Oddział chorób wewnętrznych: w latach 2016-2029 nastąpi wzrost liczby hospitalizacji o 22,8%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia potrzeb to 690 w 2016 roku, 870 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 r. w województwie było 805 łóżek).
7. Oddział pediatryczny: w latach 2016-2029 nastąpi spadek liczby hospitalizacji o 13,4%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia potrzeb to 320 w 2016 roku, 280 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 r. w województwie było 362 łóżka).
8. Oddział chirurgiczny ogólny: w latach 2016-2029 nastąpi wzrost liczby hospitalizacji o 12,1%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia potrzeb to 580 w 2016 roku, 670 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 r. w województwie było 556 łóżek).
9. Oddział położniczy lub ginekologiczny: w latach 2016-2029 nastąpi spadek liczby hospitalizacji o 13,9%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia potrzeb to 400 w 2016 roku, 330 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 r. w województwie było 503 łóżka).
10. Oddział chirurgii i leczenia jednego dnia: należy rozważyć wsparcie funkcjonowania tej formy udzielania świadczeń w różnych zakresach, ze względu na bardzo wysokie wykorzystanie potencjału.
11. Oddział kardiologiczny: w latach 2016-2029 nastąpi wzrost liczby hospitalizacji o 24,2%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia potrzeb to 260 w 2016 roku, 330 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 r. w województwie było 346 łóżek).
12. Oddział neonatologiczny: w latach 2016-2029 nastąpi spadek hospitalizacji o 16,8%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia potrzeb to 150 w 2016 roku, 120 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 r. w województwie było 292 łóżka).

13. Oddział neurochirurgiczny: w latach 2016-2029 nastąpi wzrost liczby hospitalizacji o 8,1%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia potrzeb to 40 w 2016 roku, 50 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 r. w województwie było 65 łóżek).
14. Oddział neurologiczny (w tym udarowy): w latach 2016-2029 nastąpi wzrost liczby hospitalizacji o 10,6%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia potrzeb to 290 w 2016 roku, 350 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 r. w województwie było 302 łóżka).
15. Oddział o specyficze chorób zakaźnych: w latach 2016-2029 nastąpi wzrost liczby hospitalizacji o 7,9%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia potrzeb to 100 w 2016 roku, 110 w 2029 roku (RPWDL na dzień 31.03.2016 r. w województwie było 78 łóżek).
16. Oddział okulistyczny: w latach 2016-2029 nastąpi wzrost liczby hospitalizacji o 26,4%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia potrzeb to 40 w 2016 roku, 50 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 r. w województwie było 92 łóżka).
17. Oddział onkologiczny: w latach 2016-2029 nastąpi wzrost chorobowości onkologicznej o ok. 13%. Analiza wykazuje wzrost zapotrzebowania na świadczenia z zakresu chemioterapii, co będzie umożliwiło utworzenie 4 nowych ośrodków udzielających świadczenia tego typu.
18. Oddział urologiczny w latach 2016-2029 nastąpi wzrost liczby hospitalizacji o 18,2%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia potrzeb to 140 w 2016 roku, 170 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 r. w województwie było 162 łóżka).

D. Przyczyny różnic pomiędzy stanem docelowym a aktualnym i ich istotność

Przyczyny różnic pomiędzy stanem docelowym a aktualnym zostały określone na podstawie analizy bazy szpitalnej, kadry, długości hospitalizacji oraz wykorzystania łóżek, z uwzględnieniem prognoz demograficznych.

Analizy te wskazały następujące przyczyny różnic pomiędzy stanem docelowym a aktualnym:

- wysoki udział świadczeń zachowawczych w oddziałach typowo zabiegowych, np. chirurgii ogólnej, chirurgii urazowo – ortopedycznej, neurochirurgicznym, chirurgicznym dla dzieci,
- świadczenia specjalistyczne zabiegowe w specjalistycznych oddziałach zabiegowych stanowią mniej niż 50% (w 6 oddziałach otorynolaryngologicznych, 13 oddziałach chirurgii urazowo – ortopedycznej, 6 oddziałach urologicznych),
- zbyt duże rozdrobnienie oddziałów wykonujących specjalistyczne zabiegi kompleksowe,
- długie hospitalizacje w oddziałach wewnętrznych spowodowane głównie hospitalizowaniem pacjentów w podeszłym wieku, z uwagi na brak specjalistycznych oddziałów geriatrycznych oraz niedostatki w opiece długoterminowej i domowej,

- starzenie społeczeństwa oraz wyjazdy osób młodych za granicę spowodowały, iż w 5 oddziałach położniczych odbywa się mniej niż 400 porodów rocznie, a obłożenie łóżek jest niższe niż 50%.
- kadra lekarzy specjalistów województwa świętokrzyskiego jest jedną z najstarszych w Polsce – mediana wieku wynosi 55 lat, występują istotne braki wśród lekarzy ze specjalizacjami w dziedzinach priorytetowych tj.: geriatria, ginekologia onkologiczna, hematologia, medycyna ratunkowa, neurologia dziecięca, onkologia i hematologia dziecięca, psychiatria dzieci i młodzieży, radioterapia onkologiczna i stomatologia dziecięca.

2. Strategia i wdrażanie

A. Priorytety zdrowotne

Priorytet	Cel	Horyzont (Czas realizacji)	Sposoby realizacji	Mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
1. Zapewnienie kompleksowej opieki pacjentom w podeszłym wieku	Poprawa jakości opieki, całościowa opieka geriatryczna	długoterminowy	<ul style="list-style-type: none"> - wydzielenie łóżek geriatrycznych w oddziałach wewnętrznych, neurologicznych i kardiologicznych zgodnie z rekomendacjami zawartymi w Mapach Potrzeb Zdrowotnych; - utworzenie nowych oddziałów geriatrycznych; - doposażenie ośrodków geriatrycznych w sprzęt do leczenia i pielęgnowania osób w podeszłym wieku; - utworzenie poradni geriatrycznej; 	<ul style="list-style-type: none"> - liczba oddziałów geriatry w województwie; - liczba łóżek przekształconych w łóżka geriatryczne; - liczba lekarzy podejmujących szkolenie specjalizacyjne w zakresie geriatryi; - liczba doposażonych ośrodków geriatrycznych; 	<p>Niekorzystne prognozy demograficzne- starzenie społeczeństwa, determinują zapotrzebowanie na opiekę geriatryczną. Zgodnie ze standardami WHO na 100-120 tys. mieszkańców powinno być dostępnych ok. 20-25 miejsc na oddziałach geriatrycznych stacjonarnych, 15-25 miejsc na oddziałach geriatrycznych dziennych oraz 1 poradnia. Istnieje zatem potrzeba zwielokrotnienia oddziałów geriatrycznych na terenie województwa. Oddziały powinny znajdować się w promieniu 30 km . Potrzeby w zakresie łóżek geriatrycznych powinny zostać zaspokojone poprzez zwiększenie liczby łóżek nie tylko w ramach oddziałów geriatrycznych, ale także poprzez ich wydzielenie z oddziałów chorób wewnętrznych, kardiologii i neurologii. Powinno to być powiązane z zatrudnieniem lekarzy geriatrów oraz z tworzeniem stanowiska konsultanta w dziedzinie geriatry w oddziałach chorób wewnętrznych, neurologii i kardiologii. Niedostateczny jest także dostęp do specjalistycznych porad geriatrycznych. Aktualnie na terenie województwa świętokrzyskiego działa jedna poradnia geriatryczna. Należy podkreślić, że istnieją ogromne różnice pomiędzy leczeniem internistycznym, a geriatrycznym. Oddziały internistyczne mogą spełniać role oddziałów geriatrycznych jedynie po reorganizacji tych oddziałów i zatrudnieniu specjalistów w zakresie geriatryi. Niezbędne jest także kształcenie podypłomowe lekarzy innych specjalizacji w zakresie podstawowej</p>
		krótkoterminowy	<ul style="list-style-type: none"> - rozwój i wykorzystanie rozwiązań telemedycznych w opiece medycznej nad pacjentem, w szczególności realizowanej w trybie ambulatoryjnym oraz w warunkach domowych; 	<ul style="list-style-type: none"> - liczba utworzonych poradni geriatrycznych; - liczba uruchomionych systemów teleinformatycznych; 	

	Poszerzenie kompetencji lekarzy internistów, którzy w większości przypadków zajmują się chorymi w podeszłym wieku hospitalizowanymi w oddziałach wewnętrznych.	krótkoterminowy	- szkolenie lekarzy rodzinnych, internistów i innych pracowników medycznych (m.in. pielęgniarek) w zakresie geriatrii; - wdrożenie krótkiej ścieżki szybkich szkoleń geriatrycznych dla lekarzy internistów;	- liczba mieszkańców przypadająca na 1 geriatrę; - liczba internistów z uprawnieniami geriatrycznymi lub zatrudnionych konsultantów geriatrycznych;	opieki geriatrycznej W szybkich szkoleniach geriatrycznych będą mogli uczestniczyć jedynie internści, ponieważ mają już odpowiednie doświadczenie w pracy z pacjentami.
2. Poprawa dostępności do opieki długoterminowej realizowanej w formie instytucjonalnej i pozainstytucjonalnej	Zwiększenie dostępności opieki pozaszpitalnych form opieki oraz świadczeń w pobliżu miejsca zamieszkania rodziny	krótkoterminowy	- utworzenie nowych oraz rozwój istniejących zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, domów dziennego pobytu, opieki domowej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej; - tworzenie nowych pozaszpitalnych form opieki; - kierowanie informacji do POZ o wypisaniu pacjenta do domu i konieczności sprawowania dalszej opieki już w środowisku domowym; - aktywizacja ludzi starszych w celu zapobiegania poczuciu wykluczenia, samotności i niesprawności; - rozwój i wykorzystanie rozwiązań telemedycznych w opiece medycznej nad pacjentem, w szczególności realizowanej w trybie ambulatoryjnym oraz w warunkach domowych;	- liczba osób objętych opieką pozaszpitalną w stosunku do liczby potrzebujących (liczonych np. w kolejkach oczekujących na miejsce w ZOL, ZOP); - czas oczekiwania na miejsce w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, domu dziennego pobytu, opiece domowej, ambulatoryjnej opiece specjalistycznej; - liczba utworzonych placówek opieki długoterminowej;	Starzenie się społeczeństwa i konieczność zapewnienia odpowiedniej do stanu zdrowia opieki. Jednocześnie zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych przewidywany jest wzrost hospitalizacji w zakresie chorób wewnętrznych, co powoduje, że konieczne jest przeniesienie opieki długoterminowej realizowanej na oddziały chorób wewnętrznych do pozaszpitalnych form opieki. Przekształcenie łóżek oddz. wewnętrznego w łóżka ZOL, ZOP itp. Spowoduje wzrost łóżek dla pacjentów przewlekłych.
3. Zapewnienie kompleksowej opieki pacjentom z	Poprawa dostępności do diagnostyki	krótkoterminowy	- rozbudowa i doposażenie bazy diagnostycznej placówek ambulatoryjnej opieki	- liczba podmiotów leczniczych doposażonych w aparaturę diagnostyczną podstawową i	1. Zwiększająca się zapadalność na nowotwory złośliwe. Skrócenie drogi ciężko chorego człowieka do lekarza onkologa i do leczenia onkologicznego pod warunkiem

chorobami nowotworowymi	Poprawa dostępności do opieki paliatywnej i hospicyjnej	krótkoterminowy	<p>specjalistycznej, POZ, szpitali;</p> <ul style="list-style-type: none"> - rozwój i wykorzystanie rozwiązań telemedycznych w opiece medycznej nad pacjentem, w szczególności realizowanej w trybie ambulatoryjnym oraz w warunkach domowych; - modernizacja bazy lokalowej oraz uzupełnienie sprzętu medycznego; - utworzenie oddziału opieki paliatywnej/hospicyjnej dla dzieci; - utworzenie poradni medycyny paliatywnej w każdym powiecie; - wdrożenie rozwiązań telemedycznych w opiece paliatywnej/hospicyjnej nad pacjentem; - wzrost liczby kadr medycznej, współpraca ze szpitalami powiatowymi, stworzenie lub uzupełnienie odpowiednie infrastruktury, zachęta finansowa dla pracowników; - uruchomienie Ośrodków chemioterapii dziennej i/lub ambulatoryjnej z dobrym zapleczem diagnostycznym i możliwością hospitalizacji chorych w razie konieczności na bazie szpitali powiatowych województwa; 	<p>specjalistyczna;</p> <ul style="list-style-type: none"> - liczba uruchomionych systemów teleinformatycznych; 	<p>zapewnienia wykwalifikowanej kadry i zaplecza diagnostycznego.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Konieczność przybliżenia ośrodków leczenia systemowego do miejsca zam. chorych. 3. Zapotrzebowanie na medycynę paliatywną wykazuje stałą tendencję wzrostową co jest wynikiem zmian demograficznych (wzrost zachorowań na choroby nowotworowe, starzenie się społeczeństwa) 4. W województwie brak jest oddziału paliatywnego dla dzieci, który zapewniłby pomoc małym pacjentom z chorobami nowotworowymi. 5. Dokument pt. „mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla woj. świętokrzyskiego” rekomenduje utworzenie nowego podmiotu w Sandomierzu wyposażonego w 2 akceleratorzy liniowe.
	Wzrost liczby ośrodków udzielających świadczeń w zakresie chemioterapii dziennej oraz diagnostyki dla chorych z podejrzeniem lub rozpoznaniem nowotworów złośliwych w miastach powiatowych.	krótkoterminowy	<ul style="list-style-type: none"> - wzrost liczby kadr medycznej, współpraca ze szpitalami powiatowymi, stworzenie lub uzupełnienie odpowiednie infrastruktury, zachęta finansowa dla pracowników; - uruchomienie Ośrodków chemioterapii dziennej i/lub ambulatoryjnej z dobrym zapleczem diagnostycznym i możliwością hospitalizacji chorych w razie konieczności na bazie szpitali powiatowych województwa; 	<ul style="list-style-type: none"> - liczba ośrodków onkologicznych utworzonych w powiatach; - liczba łóżek onkologicznych utworzonych w powiatach; 	

	Wzrost liczby świadczeń z zakresu radioterapii.	długoterminowy	<ul style="list-style-type: none"> - zwiększenie docelowo do 5 liczby akceleratorów liniowych w Kielcach (zgodnie z planowaną zmianą Mapy potrzeb zdrowotnych – pismo Ministerstwa Zdrowia); - badania przesiewowe; - promocja zdrowia; - diagnostyka w POZ. 	<ul style="list-style-type: none"> - liczba akceleratorów liniowych; - liczba świadczeń z zakresu radioterapii; - ilość wcześniej wykrytych nowotworów; - liczba podjętych działań profilaktycznych; - liczba osób objętych działaniami; 	
4. Zapewnienie kompleksowej i skoordynowanej opieki nad pacjentami. Wdrożenie skoordynowanej opieki nad pacjentami.	Profilaktyka i promocja zdrowia umożliwiająca wczesne wykrywanie nowotworów co stwarza szansę na skuteczne i radykalne wyleczenie	długoterminowy	<ul style="list-style-type: none"> - kontynuacja leczenia chorób w profilowanych oddziałach rehabilitacyjnych, a następnie w trybie ambulatoryjnym oraz w miarę możliwości w warunkach domowych przy wykorzystaniu nowoczesnych technik (telerehabilitacja hybrydowa); - kierowanie informacji do POZ o wypisaniu pacjenta do domu i konieczności sprawowania dalszej opieki już w środowisku domowym; - modernizacja bazy lokalowej oraz sprzętowej służąca rozwojowi świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym (AOS); - rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną; 	<ul style="list-style-type: none"> - liczba pacjentów leczonych w ramach opieki skoordynowanej; - dostępność – czas oczekiwania na kontynuację leczenia na profilowanym oddziale rehabilitacyjnym; - czas oczekiwania na konsultację i leczenie w poradni konsultacyjnej; - liczba pacjentów objętych opieką AOS w stosunku do roku poprzedniego; 	Dzięki wdrożeniu kompleksowej i skoordynowanej opieki zdrowotnej pacjent będzie miał zagwarantowaną wszechstronną usługę i będzie prowadzony od jednego świadczenia do drugiego, w ramach ustalonego programu terapii. Obecnie proces diagnozowania jest długotrwały, przez co dochodzi do sytuacji, że w momencie rozpoczęcia leczenia choroby są w zaawansowanym stadium (wzrastają koszty leczenia, a rokowania są niepewne). Większość schorzeń, zwłaszcza u pacjentów w starszym wieku ma charakter przewlekły, hospitalizacja stanowi jedynie ukierunkowanie leczenia, kontynuowanie musi być prowadzone ambulatoryjnie, długoterwale (np. po udarze).

<p>5. Zapewnienie wysokiego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów w zakresie świadczeń zabiegowych</p>	<p>Zwiększenie udziału świadczeń zabiegowych w oddziałach szpitalnych w stosunku do świadczeń zachowawczych</p>	<p>krótkoterminowy</p>	<p>- ustalenie obowiązującego stosunku świadczeń zabiegowych do zachowawczych; - koncentracja wykonywania zabiegów kompleksowych; - szczegółowa analiza wszystkich przypadków zgonów i zakażeń pooperacyjnych; - promowanie oddziałów realizujących zabiegi duże i kompleksowe;</p>	<p>- stosunek świadczeń zabiegowych do świadczeń zachowawczych w oddziałach zabiegowych; - wskaźnik wykorzystania stołów operacyjnych; - średni czas hospitalizacji; - wskaźnik śmiertelności pooperacyjnej;</p>	<p>Wyniki prezentowanych badań wskazują, że hotelowe koszty pobytu na oddziałach zabiegowych stanowią około 30%. Oddziały zabiegowe nie powinny stanowić kopii oddziałów wewnętrznych. Jednocześnie konieczna jest właściwa kwalifikacja do leczenia szpitalnego poprzez właściwe postawienie diagnozy na poziomie opieki ambulatoryjnej</p>
<p>6. Dostosowanie liczby łóżek w oddziałach szpitalnych do zapotrzebowania na świadczenia warunkowane sytuacją demograficzną i zdrowotną mieszkańców województwa świętokrzyskiego.</p>	<p>Zwiększenie dostępności świadczeń z zakresu chirurgii jednego dnia</p>	<p>długoterminowy</p>	<p>- realizacja małych zabiegów w warunkach ambulatoryjnych; - wzrost finansowania świadczeń zabiegowych.</p>	<p>- współczynnik zabiegowości; - ilość zabiegów dużych i kompleksowych;</p>	<p>Realizacja zapisów zawartych w Mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla województwa świętokrzyskiego.</p>
				<p>- weryfikacja liczby łóżek szpitalnych pod kątem zapotrzebowania w poszczególnych oddziałach szpitalnych; - bieżące monitorowanie trendów zachorowań i przyczyn hospitalizacji; - monitorowanie obłożenia łóżek szpitalnych na oddziałach, w których Mapy Potrzeb Zdrowotnych rekomendują racjonalizację (tj. zmniejszenie) liczby do roku 2029, a w szczególności w oddziałach pediatrycznych, położniczo-ginekologicznych, neonatologicznych, neurochirurgicznych, otorynolaryngologicznych,</p>	<p>- wskaźnik wykorzystania łóżek; - średni czas hospitalizacji; - liczba łóżek na populację.</p>

<p>7. Dostosowanie zasobów kadrowych pracowników ochrony zdrowia do zmieniającego się zapotrzebowania na usługi zdrowotne.</p>			<p>okulistycznych i paliatywnych;</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitorowanie obłożenia łóżek szpitalnych na oddziałach, w których Mapy Potrzeb Zdrowotnych rekomendują zwiększenie lub odtworzenie ich liczby do roku 2029 – tj. chirurgicznych, neurologicznych, kardiologicznych, gruźlicy i chorób płuc, chorób zakaźnych, urologicznych; 	<p>- zwiększenie limitów miejsc dla studentów I roku na kierunkach medycznych;</p> <p>- zwiększenie limitów miejsc specjalizacyjnych w dziedzinach medycyny uznanych za priorytetowe;</p> <p>- promocja studiowania kierunków medycznych w Kielcach;</p>		<p>1. Zachęcanie lekarzy do powrotu w "macierzyste strony" po studiach jest jednym pewnym sposobem zwiększenia liczby lekarzy w województwie świętokrzyskim.</p> <p>2. Konieczność wykształcenia brakujących specjalistów.</p> <p>3. Kształcenie zawodów pomocniczych w ochronie zdrowia.</p>
	<p>Wzrost liczby kadr medycznych poprzez zwiększenie liczby miejsc dla studentów na kierunkach medycznych</p>	<p>długoterminowy</p>	<p>- zwiększenie liczby miejsc szkoleniowych w ośrodkach uprawnionych do kształcenia specjalistycznego lub uzyskanie nowych miejsc szkoleniowych w kolejnych podmiotach;</p> <p>- kształcenie studentów na kierunku medycznym i np. stworzenie systemu stypendiów które można odpracować na terenie woj. świętokrzyskiego;</p>	<p>-liczba miejsc na poszczególnych kierunkach wydziału lekarskiego i nauk o zdrowiu;</p> <p>- liczba nowych specjalistów – 1 raz w roku;</p>		
	<p>Zwiększenie liczby specjalistów z dziedzin priorytetowych - odnowienie kadry specjalistów.</p>	<p>długoterminowy</p>		<p>- liczba miejsc szkoleniowych w ośrodkach posiadających akredytację do szkolenia specjalistów na terenie województwa świętokrzyskiego;</p> <p>- liczba nowych specjalistów;</p> <p>- mediana wieku specjalistów.</p>		

<p>8. Przeciwdziałanie występowaniu i niwelowanie skutków chorób cywilizacyjnych i społecznych i zakazanych w populacji województwa świętokrzyskiego</p>	<p>Ograniczenie występowania nierówności w zdrowiu oraz promocja zdrowego stylu życia.</p>	<p>długoterminowy</p>	<p>- opracowanie i realizacja programów polityki zdrowotnej i programów zdrowotnych.</p>	<p>- liczba realizowanych programów zdrowotnych; - liczba osób objętych programami zdrowotnymi w danym roku; - liczba realizowanych programów polityki zdrowotnej; - liczba osób objętych programami polityki zdrowotnej w danym roku;</p>	<p>Realizacja zapisów Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016 – 2020 oraz ustawy o zdrowiu publicznym. Dzięki wdrożeniu programów zdrowotnych oraz programów polityki zdrowotnej mieszkańcy województwa świętokrzyskiego zostaną wyposażeni w wiedzę i niezbędne umiejętności na temat zapobiegania chorobom cywilizacyjnym, społecznym i zakaźnym. Ponadto gwarantowane w ramach programów świadczenia przyczynią się do profilaktyki oraz wczesnego wykrycia niebezpiecznych chorób.</p>
<p>9. Zapewnienie kompleksowej, koordynowanej i wielostronnej opieki osobom z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania</p>	<p>Poprawa dostępności do diagnostyki</p>	<p>długoterminowy</p>	<p>- tworzenie poradni psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w powiatach; - tworzenie warunków dla rozwoju kadry specjalistycznej w zakresie leczenia chorób psychicznych.</p>	<p>- czas oczekiwania na świadczenia w stosunku do 2014 roku</p>	<p>1. Priorytetowym działaniem w skali województwa powinno być wypełnienie "białej plamy" na mapie zasobów stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej w powiatach poprzez tworzenie ośrodków oferujących kompleksowe świadczenia z zakresu psychiatrii.</p>
<p>Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki zdrowotnej oraz innych form wsparcia niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym</p>	<p>Poprawa dostępnosci do diagnostyki</p>	<p>długoterminowy</p>	<p>- tworzenie Centrów Zdrowia Psychicznego zajmujących się profilaktyką i leczeniem zaburzeń psychicznych; - zwiększenie świadomości społeczeństwa w zakresie problematyki chorób psychicznych poprzez działania edukacyjne; - zwiększenie dostępu do kompleksowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej (poradnie, oddziały dzienne, zespoły leczenia środowiskowego) we wszystkich powiatach.</p>	<p>- liczba pacjentów objętych kompleksową opieką psychiatryczną - liczba utworzonych CZP</p>	<p>2. Brak jest systemu opieki nad osobami z myślami i tendencjami samobójczymi czy w innych stanach nagłych. W izbach przyjęć szpitali psychiatrycznych brak jest miejsc do izolacji pacjentów, personel nie jest przeszkolony do pracy z osobami zachowującymi się agresywnie lub będącymi w stanie ostrej psychozy.</p>
<p>Poprawa parametrów opieki nad osobami z</p>	<p>Poprawa dostępnosci opieki ambulatoryjnej i</p>	<p>długoterminowy</p>	<p>- poprawa dostępności opieki ambulatoryjnej i</p>	<p>- czas oczekiwania na wizytę w stosunku do 2014 roku - liczba pacjentów objętych</p>	

	zaburzeniami psychicznymi w wieku rozwojowym		<p>środowiskowej;</p> <ul style="list-style-type: none"> - stworzenie kompleksowego modelu profilaktyki zaburzeń psychicznych okresu rozwojowego. - wdrożenie programu opieki koordynowanej nad kobietą w ciąży fizjologicznej; - zwiększenie roli położnej środowiskowej; - opracowanie i wdrożenie programów edukacyjnych dla kobiet ciężarnych; - podniesienie kwalifikacji personelu medycznego w obszarze opieki okołoporodowej, w tym w zakresie prozdrowotnych zachowań. 	<p>opieką w Poradni w stosunku do liczby pacjentów objętych opieką w Szpitalu w danym roku</p>	
10. Wzmocnienie opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem	<p>Poprawa opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu</p>	<p>krótkoterminowy</p>	<ul style="list-style-type: none"> - doposażenie oddziałów położniczo-ginekologicznych i poradni K w sprzęt wysokospecjalistyczny; - stworzenie warunków do kształcenia większej liczby lekarzy – perinatologów; - utworzenie Poradni Konsultacyjnych w zakresie patologii ciąży przy szpitalach. 	<ul style="list-style-type: none"> - liczba opracowanych programów zdrowotnych oraz liczba uczestników objęta nimi; - liczba nowych specjalistów; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wzrost zapotrzebowania na świadczenia związane z opieką zdrowotną nad matką oraz dziećmi i młodzieżą wynikający z analiz własnych. 2. Dostosowanie kształcenia kadr medycznych do identyfikowanych potrzeb oraz dostosowanie opieki prenatalnej do nowego modelu późnego macierzyństwa. 3. Realizacja zaleceń zawartych w Krajowych ramach strategicznych – „Policcy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”. 4. Wczesne wykrywanie patologii ciąży daje potencjalne możliwości ich leczenia (również wewnątrzmacicznego) a ponadto pozwala na urodzenie dziecka w jak najlepszym stanie urodzeniowym. 5. Potrzeba poradnictwa dietetycznego adresowanego do matek małych dzieci i przyszłych matek.
	<p>Poprawa stanu zdrowia noworodka i małego dziecka</p>	<p>długoterminowy</p>	<ul style="list-style-type: none"> - doposażenie oddziałów położniczo-ginekologicznych i poradni K w sprzęt wysokospecjalistyczny; - stworzenie warunków do kształcenia większej liczby lekarzy – perinatologów; - utworzenie Poradni Konsultacyjnych w zakresie patologii ciąży przy szpitalach. 	<p>- liczba lekarzy specjalistów w zakresie perinatologii w stosunku do danych za rok 2014</p>	
		<p>długoterminowy</p>	<ul style="list-style-type: none"> - poprawa wyposażenia oddziałów noworodkowych i oddziałów dziecięcych w sprzęt diagnostyczny; 	<p>- liczba podmiotów leczniczych wyposażonych w aparaturę diagnostyczną specjalistyczną;</p>	

			<p>- zapewnienie szybkiej diagnostyki w przypadku wykrycia wad wrodzonych;</p> <p>- zwiększenie dostępności do rehabilitacji ieczniczej dla dzieci;</p> <p>- prowadzenie ambulatoryjnego poradnictwa dietetycznego;</p> <p>- tworzenie poradni laktacyjnych na terenie powiatów województwa świętokrzyskiego.</p>	<p>- czas oczekiwania na badania diagnostyczne w przypadku wykrycia wad wrodzonych w stosunku do 2014 roku;</p> <p>- liczba utworzonych poradni laktacyjnych w ciągu roku;</p> <p>- ilość pacjentów w ambulatoryjnych poradniach dietetycznych;</p>	
11. Poprawa dostępności do leczenia stomatologicznego oraz leczenia chorób jamy ustnej	Zwiększenie liczby wykonywanych świadczeń stomatologicznych oraz zmniejszenie występowania chorób jamy ustnej	krótkoterminowy	<p>- zwiększenie liczby specjalistów w dziedzinach stomatologicznych;</p> <p>- opracowanie programów edukacyjnych w zakresie stomatologii dla ludzi starszych;</p> <p>- umożliwienie wizyty w gabinetach stomatologicznych osobom niepełnosprawnym (ruchowo, intelektualnie, itp.);</p> <p>- wdrożenie działań edukacyjno-profilaktyczno-leczniczych.</p>	<p>- czas oczekiwania na wizytę w stosunku do 2014 roku;</p> <p>- liczba przeprowadzonych szkoleń.</p>	<p>1. Chore zęby i dziąsła mają niekorzystny wpływ na cały organizm. Przykładowo kardiologdy wskazują na związek z chorobami sercowo-naczyniowymi, a onkolodzy – z nowotworami.</p> <p>2. 40% Polaków powyżej 65-ego roku życia nie ma zębów, co czwarta osoba nie była u dentystry od 5 lat, a umieralność na nowotwory złośliwe jamy ustnej w Polsce jest 2 razy większa niż w Unii Europejskiej.</p> <p>3. Szacuje się, że w Polsce blisko 95% społeczeństwa jest zagrożone próchnicą. Obecnie choroba ta najczęściej występuje wśród dzieci i młodzieży. Próchnica występująca we wczesnym dzieciństwie powoduje poważne następstwa, które mogą zaburzyć rozwój młodego człowieka. Nieleczenie tych schorzeń w wieku dziecięcym niejednokrotnie prowadzi do: nieodwracalnych uszkodzeń, bólu, wad zgryzu, poważnych problemów zdrowotnych ogólnoustrojowych.</p> <p>4. Likwidacja gabinetów dentystycznych w szkołach spowodowała przerzucenie na rodziców całej odpowiedzialności za stan zdrowia jamy ustnej</p>
	Zahamowanie przyrostu próchnicy u dzieci i młodzieży	krótkoterminowy	<p>- wprowadzenie opieki stomatologicznej do szkół;</p> <p>- leczenie stomatologiczne w dentobusie;</p> <p>- zwiększenie roli higienistki stomatologicznej w profilaktyce chorób przyzębia.</p>	<p>- liczba uruchomionych gabinetów stomatologicznych w szkołach;</p> <p>- liczba świadczeń udzielonych w dentobusie;</p>	

					<p>- zwiększenie liczby specjalistów w dziedzinie stomatologii dziecięcej.</p> <p>- zwiększenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie chirurgii szczękowo-twarzowej (nowe poradnie, oddziały szpitalne);</p> <p>- zwiększenie liczby specjalistów w dziedzinach stomatologicznych.</p>	<p>- liczba specjalistów w dziedzinie stomatologii dziecięcej w stosunku do 2014 r.</p> <p>- liczba utworzonych poradni/oddziałów w ciągu roku;</p> <p>- liczba specjalistów w stosunku do 2014 r.</p>	<p>dzieci.</p>
12. Wzmocnienie znaczenia lecznictwa uzdrowiskowego	<p>Poprawa dostępności do diagnostyki w zakresie chirurgii szczękowo-twarzowej, periodontologii oraz ortodoncji</p>	<p>długoterminowy</p>	<p>- racjonalne wykorzystanie zasobów i potencjału zakładów lecznictwa uzdrowiskowego do kompleksowej rehabilitacji stacjonarnej i dziennej;</p> <p>- utworzenie ośrodków rehabilitacji ogólnoustrojowej i ośrodków rehabilitacji zaburzeń wieku rozwojowego we wszystkich powiatach woj. świętokrzyskiego;</p> <p>- zwiększenie ilości miejsc w oddziałach rehabilitacyjnych i tworzenie nowych ośrodków rehabilitacyjnych</p>	<p>- liczba pacjentów korzystających z leczenia uzdrowiskowego;</p> <p>- liczba utworzonych nowych oddziałów/ośrodków;</p> <p>- czas oczekiwania na realizację świadczeń z zakresu rehabilitacji.</p>	<p>1. Wzrost zapotrzebowania na świadczenia związane z negatywnymi skutkami urazów i wad powodujących istotne ograniczenia w funkcjonowaniu społecznym lub zawodowym.</p> <p>2. W wielu przypadkach zagwarantowanie wczesnego dostępu do rehabilitacji daje pacjentowi jedyną szansę na powrót do zdrowia.</p> <p>3. Niski poziom kontraktowania świadczeń i duże zapotrzebowanie na tego rodzaju świadczenia.</p>		
	<p>Modernizacja istniejącej bazy sprzętowej będącej na wyposażeniu oddziałów</p>	<p>długoterminowy</p>	<p>- wymiana i zakup wysokospecjalistycznego sprzętu i aparatury medycznej;</p>	<p>- liczba doposażonych ośrodków/oddziałów</p>			

13. Zwiększenie efektywności wykrywania cukrzycy oraz poprawa opieki nad chorymi na cukrzycę, zwłaszcza u dzieci	rehabilitacji oraz oddziałów uzdrowiskowych. Poprawa dostępności do usług zdrowotnych w zakresie diabetologii Zwiększenie dostępu do edukacji diabetologicznej dla osób chorych na cukrzycę, w tym do poradnictwa żywieniowego	długoterminowy krótkoterminowy	- rozwój potencjału istniejących oddziałów diabetologicznych; - zwiększenie liczby poradni diabetologicznych; - intensyfikacja działań edukacyjnych w zakresie samokontroli glikemii, prawidłowego żywienia cukrzycy oraz znaczenia aktywności fizycznej;	- czas oczekiwania na wizytę w poradni diabetologicznej - liczba osób objętych działaniami edukacyjnymi	1. Zgodnie z ogólnopolską Mapą potrzeb zdrowotnych dla 30 grup chorób w woj. świętokrzyskie charakteryzuje się najwyższym wskaźnikiem w zakresie liczby porad w poradniach diabetologicznych dla dzieci. 2. W województwie świętokrzyskim hospitalizacje z powodu cukrzycy u dorosłych odbywają się głównie na oddziałach chorób wewnętrznych. 3. Długi czas oczekiwania na wizytę w poradni diabetologicznej.
14. Wzmocnienie opieki okulistycznej nad chorymi.	Poprawa dostępności do szpitalnych i poza - szpitalnych form opieki	krótkoterminowy	- poprawa dostępności do świadczeń dla chorych w pobliżu ich miejsca zamieszkania; - dostęp do nowoczesnych form leczenia oraz innowacyjnych i nowoczesnych technologii medycznych; - zwiększenie liczby świadczeń udzielanych w trybie leczenia jednego dnia w stosunku do hospitalizacji wielodniowej;	- czas oczekiwania na zabieg usunięcia zaćmy; - liczba utworzonych poradni/oddziałów jednego dnia w ciągu roku; - odsetek świadczeń udzielanych w trybie jednego dnia do świadczeń udzielanych w trybie hospitalizacji wielodniowej.	1. Stale narastająca liczba starszych chorych ze znacznym upośledzeniem widzenia. 2. Długi okres oczekiwania na zabieg usunięcia zaćmy. 3. Najniższy w Polsce odsetek hospitalizacji zabiegowych leczenia jaskry.

W każdym przypadku preferowanymi sposobami realizacji priorytetów zdrowotnych są rozbudowa, modernizacja infrastruktury oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną podmiotów leczniczych (szpitali, ich jednostek i komórek organizacyjnych), placówek AOS i POZ) oraz wszelkie działania w projektach konkursowych i pozakonkursowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020.

B. Proponowane przekierowanie strumienia finansowego płatnika publicznego

Wdrażanie Priorytetów dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej wiąże się z przekierowaniem strumienia finansowego płatnika publicznego w obszarach:

1. Przenoszenia obciążenia z opieki szpitalnej na rzecz opieki ambulatoryjnej (w tym także pielęgniarska opieka długoterminowa domowa) oraz stacjonarnej – zakładów opiekuńczo-leczniczych/zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych.
2. Przesunięcia ciężaru wykonywania zabiegów małych oraz diagnostycznych z oddziałów o charakterze zabiegowym na oddział jednego dnia (chirurgii i leczenia).
3. Koncentracji świadczeń położniczych w ośrodkach, w których zrealizowano więcej niż 400 porodów rocznie, które zapewniają kompleksowe leczenie szpitalne i ambulatoryjne (w położnictwie i ginekologii).
4. Koncentracji wykonywania zabiegów kompleksowych w przypadku oddziałów chirurgii dziecięcej, chirurgii ogólnej, otorynolaryngologii, urologicznych i położniczo-ginekologicznych.
5. Weryfikacji wyceny poszczególnych świadczeń i procedur realizowanych w zakładach opieki zdrowotnej, w celu racjonalnego wydatkowania środków finansowych.