

Załącznik Nr 1  
do Zarządzenia Nr 121 /2018  
Wojewody Świętokrzyskiego  
z dnia 18 grudnia 2018 r.

**PRIORYTETY**  
**DLA**  
**REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ**  
**WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO**



Akceptuję: Wojewoda Świętokrzyski  
*Agata Wojtysek*  
Agata Wojtysek

Kielce 2018 r.

## SPIS TREŚCI

Wstęp .....	2
1. Analiza i diagnoza .....	2
A. Stan docelowy .....	2
B. Diagnoza stanu aktualnego .....	3
C. Różnice pomiędzy stanem docelowym a aktualnym .....	5
2. Strategia i wdrażanie - priorytety zdrowotne .....	7

## WSTĘP

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 obowiązują mapy, tj. od dnia 1 stycznia 2019 r. do dnia 31 grudnia 2021 r.

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 geriatry oraz opieki długoterminowej, onkologii, rehabilitacji i leczenia psychiatrycznego, odmłodzenie kadry specjalistów zarówno w dziedzinach medycyny, stomatologii jak i ochrony zdrowia.

### 1. Analiza i diagnoza

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

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

Wszelkie działania podejmowane przez podmioty odpowiadające za organizację ochrony zdrowia, udzielanie i finansowanie świadczeń zdrowotnych, zmierzają do zapewnienia mieszkańcom województwa świętokrzyskiego wysokiego standardu usług profilaktycznych, diagnostycznych jak i naprawczych. Działania te powinny być ukierunkowane na najważniejsze

problemy zdrowotne występujące w województwie. Aby to osiągnąć należy wdrożyć działania mające na celu:

- ❖ zapewnienie dostępu do świadczeń profilaktycznych, programów zdrowotnych,
- ❖ zapewnienie dostępu do nowoczesnej aparatury i sprzętu medycznego służącego zarówno do diagnostyki jak i prowadzenia specjalistycznego leczenia,
- ❖ poprawę dostępności do świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego oraz specjalistyki ambulatoryjnej, w tym również poprzez uruchamianie podmiotów lub komórek świadczących o specjalnościach dotychczas nieobecnych w województwie,
- ❖ poprawę dostępu do leczenia psychiatrycznego oraz różnorodnych form terapii uzależnień innych niż od alkoholu,
- ❖ poprawę dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych, realizowanych w formie stacjonarnej, dziennej i ambulatoryjnej, z uwzględnieniem leczenia uzdrowiskowego,
- ❖ wzmocnienie opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej, w tym świadczonej dla dzieci,
- ❖ poprawę skuteczności leczenia stomatologicznego, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży.

W celu zapewnienia wysokiego standardu usług, konieczne jest również zapewnienie odpowiednich zasobów kadrowych pracowników sektora ochrony zdrowia. W tym celu przede wszystkim należy utrzymywać i tworzyć nowe miejsca specjalizacyjne (zwłaszcza w dziedzinach stomatologicznych), a także wspierać szkolnictwo wyższe na kierunkach medycznych.

## **B. Diagnoza stanu aktualnego**

Województwo świętokrzyskie zamieszkiwało w 2016 r. ponad 1,25 mln mieszkańców, co stanowiło 3,3% ludności kraju. Jest to trzynaste pod względem liczby ludności województwo w Polsce. Udział ludności miejskiej był jednym z najniższych w kraju i wyniósł 44,6%. Gęstość zaludnienia w województwie świętokrzyskim w 2016 roku wyniosła 107 osób na km<sup>2</sup>, a więc województwo należy do grona regionów o średniej gęstości zaludnienia.

Populacja województwa świętokrzyskiego charakteryzuje się starszą strukturą wieku ludności niż populacja Polski – w 2016 r. osób w wieku co najmniej 65 lat było blisko 223 tys. osób, co stanowiło 17,8% ludności ogółem w porównaniu z 16,4% dla całej Polski. Natomiast osób najmłodszych (do 19 r.ż.) było prawie 236 tys., a ich udział wyniósł 18,8%

w porównaniu z 20% dla całego kraju. Ludność w wieku 20-64 lata wyniosła 794 tys. osób, co stanowiło 63,4% ogółu populacji regionu podobnie jak w skali Polski. Ludność w wieku 85 lat więcej wyniosła 28,4 tysiąca, co stanowiło 12,7% populacji osób w wieku 65 lat i więcej. Udział ten był większy niż wyznaczony dla Polski.

W 2016 r. w województwie świętokrzyskim urodziło się 10,6 tys. dzieci, a współczynnik płodności ogólnej wyniósł blisko 36,7 dzieci na tysiąc kobiet w wieku rozrodczym. Jest to wynik o 5 dzieci na tysiąc kobiet niższy od wartości ogólnopolskiej. Warto podkreślić, że umieralność niemowląt w tym regionie była nieco wyższa niż w Polsce (4) i wyniosła 4,2 zgonów niemowląt na tysiąc urodzeń żywych. Natomiast współczynnik umieralności okołoporodowej wyniósł 4 zgony noworodków w pierwszym tygodniu życia oraz urodzeń martwych na każdy tysiąc urodzeń (żywych i martwych) i był niższy niż dla Polski (5,1).

W województwie świętokrzyskim w roku 2016 funkcjonowało 24 szpitale, w tym 1 psychiatryczny (bez szpitali jednodniowych). 17 szpitali miało status szpitali publicznych, a 7 niepublicznych. Łączna liczba łóżek szpitalnych rzeczywistych wynosiła 6 634 (w tym 765 łóżek psychiatrycznych).

Analiza danych dotyczących wyposażenia podmiotów leczniczych w sprzęt i aparaturę medyczną wskazuje, iż w 2016 roku w stosunku do roku 2014, wzrosła liczba rezonansów magnetycznych, tomografów komputerowych, angiografów oraz stołów operacyjnych. Nadal utrzymuje się niskie wykorzystanie stołów operacyjnych, wg danych z map potrzeb zdrowotnych w województwie świętokrzyskim na 100 tys ludności przypada 12 stołów operacyjnych i wykonywanych jest 5 506 zabiegów operacyjnych (13 wartość w Polsce).

Najczęstszymi przyczynami zgonów na terenie województwa świętokrzyskiego były choroby kardiologiczne, choroby onkologiczne, choroby aorty i naczyń obwodowych z uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego oraz choroby układu nerwowego.

W województwie świętokrzyskim oddziały neurologiczne, w tym udarowe są rozmieszczone nierównomiernie. W południowej i południowo – zachodniej części województwa, obejmującej powiaty: pińczowski, włoszczowski, jędrzejowski i kazimierski, nie ma tego typu oddziałów. Konsultant krajowy w dziedzinie neurologii postuluje, aby oddziały udarowe pokrywały się z lokalizacją Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych. Ponadto biorąc pod uwagę czas dojazdu z terenu ww. powiatów, zasadnym wydaje się dążenie do utworzenia nowej lokalizacji oddziałów neurologicznych w jednym z tych szpitali.

W roku 2016 mediana wieku lekarzy i lekarzy dentystów wykonujących zawód na terenie województwa świętokrzyskiego wynosiła 49 lat, zaś w przypadku specjalistów – 54 lata. Na terenie województwa świętokrzyskiego zawód lekarza i lekarza dentysty wykonuje 2,96% ogółu lekarzy wykonujących zawód w Polsce.

Mediana wieku pielęgniarek oraz położnych wykonujących zawód na terenie województwa świętokrzyskiego wynosi 48 lat. Zaś sumaryczna liczba pielęgniarek i położnych, które nabyły lub nabędą w latach 2016-2020 uprawnień emerytalnych to 3 tysiące osób, czyli ponad 31 % wykonujących zawód na terenie województwa świętokrzyskiego.

### **C. Różnice pomiędzy stanem docelowym a aktualnym**

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:

- ❖ Niskie wykorzystanie stołów operacyjnych,
- ❖ Brak oddziału paliatywnego/hospicjum dla dzieci,
- ❖ Mała dostępność do dziennych oddziałów psychiatrycznych, zespołów leczenia środowiskowego, terapii uzależnień od środków innych niż alkohol,
- ❖ Centralizacja szpitalnego leczenia psychiatrycznego,
- ❖ 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 się społeczeństwa oraz wyjazdy osób młodych za granicę spowodowały, iż w 4 oddziałach położniczych odbywa się mniej niż 400 porodów rocznie,
- ❖ Kadra lekarzy specjalistów województwa świętokrzyskiego jest jedną z najstarszych w Polsce – mediana wieku wynosi 54 lat, występują istotne braki wśród lekarzy ze specjalizacjami w dziedzinach priorytetowych tj.: geriatryka, ginekologia onkologiczna, hematologia, medycyna ratunkowa, neurologia dziecięca, onkologia i hematologia dziecięca, psychiatryka dzieci i młodzieży, radioterapia onkologiczna i stomatologia dziecięca.

W celu osiągnięcia stanu pożądanego, tj. zminimalizowania różnic pomiędzy stanem aktualnym a docelowym, koniecznym jest podjęcie i wdrożenie działań. Działania te, zostały zidentyfikowane na podstawie danych zawartych w Mapach Potrzeb Zdrowotnych, informacji członków Wojewódzkiej Rady do Spraw Potrzeb Zdrowotnych oraz analizy materiałów i danych zbieranych i przetwarzanych przez Świętokrzyski Urząd Wojewódzki.

Priorytety zdrowotne dla województwa świętokrzyskiego, ich horyzont czasowy, preferowane sposoby realizacji z miernikami i uzasadnieniem zostały opisane w rozdziale „Strategia i wdrażanie”.

## 2. Strategia i wdrażanie – priorytety zdrowotne

Priorytet	Cel	Horyzont (Czas realizacji)	Sposoby realizacji	Mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
1. Zapewnienie kompleksowej opieki pacjentom w podeszłym wieku i przewlekłe, terminalnie chorym	Poprawa jakości opieki, całościowa opieka geriatryczna	długoterminowy	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zwiększenie liczby lekarzy geriatrów,</li> <li>- doposażenie ośrodków geriatrycznych w sprzęt do leczenia i pielęgnowania osób w podeszłym wieku;</li> <li>- utworzenie poradni geriatrycznej;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- liczba lekarzy podejmujących szkolenie specjalizacyjne w zakresie geriatрії;</li> <li>- liczba doposażonych ośrodków geriatrycznych;</li> <li>- liczba utworzonych poradni geriatrycznych;</li> <li>- liczba uruchomionych systemów teleinformatycznych;</li> </ul>	<p>Niekorzystne prognozy demograficzne- starzenie się 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. Niedostateczny jest także dostęp do specjalistycznych porad geriatrycznych. Aktualnie na terenie województwa świętokrzyskiego działa jedna poradnia geriatryczna.</p>

	<p>Zwiększenie dostępności poza szpitalnych form opieki oraz świadczeń w pobliżu miejsca zamieszkania rodziny</p>	<p>krótkoterminowy</p>	<p>- utworzenie nowych oraz rozwój istniejących oddziałów geriatrycznych, zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, domów dziennego pobytu, opieki domowej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej; - rozwój i wykorzystanie rozwiązań telemedycznych w opiece medycznej nad pacjentem, w szczególności realizowanej w trybie ambulatoryjnym oraz w warunkach domowych; - wymiana zużytej aparatury i sprzętu medycznego w planowaniu opieki długoterminowej.</p>	<p>- czas oczekiwania na miejsce w oddziale geriatrycznym, zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńszym, domu dziennego pobytu, opiece domowej, ambulatoryjnej opiece specjalistycznej; - liczba utworzonych placówek opieki długoterminowej; - liczba uruchomionych systemów teleinformatycznych;</p>	<p>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 oddziale chorób wewnętrznych do poza szpitalnych form opieki. Przekształcenie łóżek oddziału wewnętrznego w łóżka geriatryczne, ZOL, ZOP, itp. spowoduje wzrost łóżek dla pacjentów przewlekłych.</p>
--	---	------------------------	---	--	--

	<p>Poprawa dostępności do opieki paliatywnej i hospicyjnej</p>	<p>długoterminowy</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- modernizacja bazy lokalowej oraz uzupełnienie lub wymiana sprzętu medycznego;</li> <li>- utworzenie oddziału opieki paliatywnej/hospicyjnej dla dzieci;</li> <li>- rozwój świadczeń realizowanych w warunkach domowych i ambulatoryjnych;</li> <li>- wdrożenie rozwiązań telemedycznych w opiece paliatywnej/hospicyjnej nad pacjentem;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- liczba nowo zakupionego sprzętu;</li> <li>- liczba nowo utworzonych hospicjów domowych;</li> <li>- liczba hospicjów stacjonarnych dla dzieci;</li> <li>- liczba utworzonych poradni medycyny paliatywnej;</li> </ul>	
<p>2. Poprawa jakości i dostępności usług zdrowotnych świadczonych pacjentom na terenie województwa świętokrzyskiego w zakresie: a) leczenia</p>	<p>Poprawa dostępności do diagnostyki i nowoczesnych metod terapii onkologicznej</p>	<p>długoterminowy</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- rozbudowa i doposażenie bazy diagnostycznej placówek ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, POZ, szpitali;</li> <li>- zwiększenie liczby miejsc chemioterapii</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- liczba podmiotów leczniczych doposażonych w aparaturę diagnostyczną podstawową i specjalistyczną;</li> <li>- liczba uruchomionych systemów teleinformatycznych;</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zwiększająca się zapadalność na nowotwory złośliwe. Skrócenie drogi ciężko chorego człowieka do lekarza onkologa i do leczenia onkologicznego pod warunkiem zapewnienia wykwalifikowanej kadry i zaplecza diagnostycznego.</li> <li>2. Konieczność przybliżenia ośrodków leczenia systemowego do miejsca zamieszkania chorych.</li> </ol>

<p>onkologicznego b) leczenia kardiologicznego c) leczenia neurologicznego i neurochirurgii d) leczenia okulistycznego</p>			<p>dziennej i/lub ambulatoryjnej;  - rozwój i wykorzystanie rozwiązań telemedycznych w opiece medycznej nad pacjentem, w szczególności realizowanej w trybie ambulatoryjnym oraz w warunkach domowych;</p>	<p>- liczba akceleratorów liniowych; - liczba świadczeń z zakresu radioterapii; - liczba miejsc chemioterapii dziennej i ambulatoryjnej.</p>	<p>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.</p>
<p>Profilaktyka i promocja zdrowia umożliwiająca wczesne wykrywanie nowotworów, co stwarza szansę na skuteczne i radykalne wyleczenie</p>	<p>długoterminowy</p>	<p>- badania przesiewowe;  - promocja zdrowia;  - diagnostyka w POZ.</p>	<p>- ilość wczesnie wykrytych nowotworów;  - liczba podjętych działań profilaktycznych;  - liczba osób objętych działaniami;</p>		
<p>Wdrożenie koordynowanej opieki nad pacjentami</p>	<p>długoterminowy</p>	<p>- kierowanie informacji do POZ o wypisaniu pacjenta do domu i konieczności</p>	<p>- liczba pacjentów leczonych w ramach opieki koordynowanej;  - dostępność – czas</p>	<p>Dzięki wdrożeniu kompleksowej i skoordynowanej opieki zdrowotnej pacjent będzie miał zagwarantowaną wszechstronną usługę i będzie prowadzony od jednego</p>	

			<p>sprawowania dalszej opieki już w środowisku domowym;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- modernizacja bazy lokalowej oraz sprzętowej służąca rozwojowi, świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym (AOS);</li> <li>- rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej</li> <li>- przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną;</li> </ul>	<p>oczekiwania na kontynuację leczenia na profilowanym oddziale rehabilitacyjnym;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- czas oczekiwania na konsultację i leczenie w poradni konsultacyjnej;</li> <li>- liczba pacjentów objętych opieką AOS w stosunku do roku poprzedniego;</li> </ul>	<p>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).</p> <p>Większość schorzeń, zwłaszcza u pacjentów w starszym wieku, ma charakter przewlekły, hospitalizacja stanowi jedynie ukierunkowanie leczenia, kontynuowanie musi być prowadzone ambulatoryjnie, długotrwałe (np. po udarze).</p>
<p>Zwiększenie udziału świadczeń zabiegowych w oddziałach szpitalnych w stosunku do świadczeń zachowawczych</p>		<p>krótkoterminowy</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ustalenie obowiązującego stosunku świadczeń zabiegowych do zachowawczych;</li> <li>- koncentracja wykonywania zabiegów kompleksowych;</li> <li>- szczegółowa analiza wszystkich przypadków zgonów i zakażeń pooperacyjnych;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- stosunek świadczeń zabiegowych do świadczeń zachowawczych w oddziałach zabiegowych;</li> <li>- wskaźnik wykorzystania stołów operacyjnych;</li> <li>- średni czas hospitalizacji;</li> <li>- wskaźnik śmiertelności pooperacyjnej;</li> </ul>	<p>Wyniki prezentowanych badań wskazują, że hotelowe koszty pobytu na oddziałach zabiegowych stanowią około 30%.</p> <p>Oddziały zabiegowe nie powinny stanowić kopii oddziałów wewnętrznych.</p> <p>Jednocześnie, konieczna jest właściwa kwalifikacja do leczenia szpitalnego poprzez właściwe postawienie diagnozy na poziomie opieki ambulatoryjnej</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>Racjonalizacja bazy łóżkowej, efektywne wykorzystanie zasobów kadrowych, sprzętu oraz środków finansowych.</p>	<p>długoterminowy</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 liczby łóżek, tj. ich zmniejszenie lub zwiększenie do 2031 roku.</p>	<p>- wskaźnik wykorzystania łóżek; - średni czas hospitalizacji;</p>	<p>Realizacja zapisów zawartych w Mapie Potrzeb Zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla województwa świętokrzyskiego.</p>

	<p>Zapewnienie kompleksowej opieki osobom z chorobami sercowo-naczyniowymi oraz zmniejszenie migracji do specjalistycznych ośrodków w innych województwach.</p>	<p>długoterminowy</p>	<p>- zapewnienie kompleksowej opieki kardiologicznej (diagnostyka, inwazyjne leczenie kardiologiczne, rehabilitacja kardiologiczna, kontynuacja leczenia w opiece ambulatoryjnej, wysoko specjalistyczna kadra medyczna)</p> <p>- zapewnienie dostępności do poradni kardiologicznych finansowanych ze środków publicznych, w szczególności wysoko specjalistycznych (np. niewydolności serca, leczenia nadciśnienia, itp.) przy równomiernym rozmieszczeniu;</p> <p>- zwiększenie dostępu dla pacjentów do specjalistycznego leczenia zachowawczego i zabiegowego</p>	<p>- średni czas oczekiwania na konsultację i leczenie w poradni kardiologicznej;</p> <p>- średni czas oczekiwania na wczesną rehabilitację kardiologiczną;</p>	<p>Prognozy demograficzne – starzenie się społeczeństwa, zakładają wzrost zapotrzebowania na hospitalizację i świadczenia ambulatoryjne z zakresu kardiologii w województwie świętokrzyskim.</p>
--	---	-----------------------	--	---	--

			<p>- rozwój rehabilitacji kardiologicznej, w tym oddziału wczesnej rehabilitacji kardiologicznej;</p>		
	<p>Zapewnienie równego dostępu do oddziałów neurologicznych (udarowych i świadczeń specjalistycznych)</p> <p>Przeciwdziałanie niepełnosprawności i poprawa jakości życia.</p> <p>Redukcja przypadków występowania dolegliwości kręgosłupa wraz z bólami promieniującymi do różnych części ciała.</p>	<p>długoterminowy</p>	<p>- rozwój rehabilitacji neurologicznej (poudarowej) oraz utworzenie przyszpitalnych poradni poudarowych;</p> <p>- zwiększenie liczby łóżek neurologicznych;</p> <p>- zwiększenie liczby łóżek neurochirurgicznych;</p> <p>- wdrażanie przyczynowego leczenia dolegliwości bólowych kręgosłupa poprzez włączanie metod korekty sylwetki ciała, tj: PNF, Vojty, wzorców globalnych oraz metod terapeutycznych np. Mc Kenzie;</p>	<p>- czas oczekiwania do poradni i zakładów rehabilitacji;</p> <p>- jakościowa ocena postępów leczenia z określeniem jednostki czasu np. NRS 9, po 3 dniach leczenia NRS3;</p>	<p>1. Zgodne z mapami potrzeb zdrowotnych. Stwierdza się niedobór łóżek neurologicznych, a z uwagi na starzenie się społeczeństwa, wzrost zachorowań na udary mózgu, konieczne jest dalsze poszerzenie bazy łóżkowej neurologicznej.</p> <p>2. Zapobieganie utracie zdolności do pracy (czasowej lub stałej), podniesienie komfortu życia pacjentów, poprzez zmniejszenie dolegliwości bólowych.</p> <p>3. Brak zapewnienia rehabilitacji po zakończonym leczeniu szpitalnym, w określonych dziedzinach skutkuje obniżeniem efektywności interwencji zabiegowych lub bezpowrotną utratą możliwości uzyskania optymalnej sprawności.</p>

	<p>Poprawa dostępności do szpitalnych i poza szpitalnych form opieki okulistycznej.</p>	<p>krótkoterminowy</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- poprawa dostępności do świadczeń dla chorych w pobliżu ich miejsca zamieszkania;</li> <li>- dostęp do nowoczesnych form leczenia oraz innowacyjnych i nowoczesnych technologii medycznych;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- czas oczekiwania na zabieg usunięcia zaćmy;</li> <li>- liczba utworzonych poradni/oddziałów jednego dnia w ciągu roku;</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stale narastająca liczba starszych chorych, ze znacznym upośledzeniem widzenia.</li> <li>2. Długi okres oczekiwania na zabieg usunięcia zaćmy.</li> <li>3. Najniższy w Polsce odsetek hospitalizacji zabiegowych leczenia jaskry.</li> </ol>
<p>3. Dostosowanie zasobów kadrowych pracowników ochrony zdrowia do zmieniającego się zapotrzebowania na usługi zdrowotne.</p>	<p>Zwiększenie liczby specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny i ochrony zdrowia.</p>	<p>długoterminowy</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zwiększenie limitów miejsc dla studentów I roku na kierunkach medycznych;</li> <li>- promocja studiowania kierunków medycznych w Kielcach;</li> <li>- zwiększenie liczby miejsc szkoleniowych w ośrodkach uprawnionych do kształcenia specjalistycznego lub uzyskanie nowych miejsc szkoleniowych w kolejnych podmiotach;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- liczba miejsc na poszczególnych kierunkach wydziału lekarskiego i nauk o zdrowiu;</li> <li>- liczba nowych specjalistów – 1 raz w roku;</li> <li>- liczba miejsc szkoleniowych w ośrodkach posiadających akredytację do szkolenia specjalistów na terenie województwa świętokrzyskiego;</li> <li>- liczba nowych specjalistów;</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zachęcanie lekarzy do powrotu w "macierzyste strony" po studiach, jest jedynym pewnym sposobem zwiększenia liczby lekarzy w województwie świętokrzyskim.</li> <li>2. Konieczność wykształcenia brakujących specjalistów.</li> <li>3. Kształcenie zawodów pomocniczych w ochronie zdrowia.</li> </ol>

			<p>- kształcenie studentów na kierunku medycznym i np. stworzenie systemu stypendiów które można odpracować na terenie województwa świętokrzyskiego;</p>	<p>- mediana wieku specjalistów.</p>	
<p>4. Przeciwdziałanie występowaniu i niwelowanie skutków chorób cywilizacyjnych, społecznych i zakaźnych 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>Zwiększenie efektywności wykrywania cukrzycy oraz poprawa opieki nad chorymi na cukrzycę, zwłaszcza u dzieci.</p>		<p>długoterminowy</p>	<p>- rozwój potencjału istniejących oddziałów diabetologicznych; - zwiększenie liczby poradni diabetologicznych;</p>	<p>- czas oczekiwania na wizytę w poradni diabetologicznej.</p>	<p>Zgodnie z ogólnopolską <i>Mapą potrzeb zdrowotnych dla 30 grup chorób</i> województwo świętokrzyskie charakteryzuje się najwyższym wskaźnikiem w zakresie liczby porad w poradniach diabetologicznych dla dzieci.</p>

<p>5. 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 2016 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. 2. Brak jest systemu opieki nad osobami z myślami i tendencjami samobójczymi, czy w innych stanach nagłych. W izbach przyjęć szpitali pediatrycznych brak jest miejsc do izolacji pacjentów, personel nie jest przeszkolony do pracy z osobami zachowującymi się agresywnie lub będącymi</p>
<p>Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki zdrowotnej oraz innych form wsparcia niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.</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</p>	<p>- liczba pacjentów objętych kompleksową opieką psychiatryczną; - liczba utworzonych CZP.</p>	<p>w stanie ostrej psychozy.</p>	



			<p>środowiskowej;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- opracowanie i wdrożenie programów edukacyjnych dla kobiet ciężarnych;</li> <li>- podniesienie kwalifikacji personelu medycznego w obszarze opieki okołoporodowej, w tym w zakresie prozdrowotnych zachowań.</li> </ul>	<p>- liczba nowych specjalistów;</p>	<p>do identyfikowanych potrzeb oraz dostosowanie opieki prenatalnej do nowego modelu późnego macierzyństwa.</p> <p>3. Realizacja zaleceń zawartych w Krajowych ramach strategicznych – „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”.</p> <p>4. Wczesne wykrywanie patologii ciąży daje potencjalne możliwości ich leczenia (również wewnątrzmacicznego) a ponadto pozwala na urodzenie dziecka w jak najlepszym stanie urodzeniowym.</p> <p>5. Potrzeba poradnictwa dietetycznego, adresowanego do matek małych dzieci i przyszłych matek.</p>
	<p>długoterminowy</p>	<p>- doposażenie oddziałów położniczo-ginekologicznych i poradni K w sprzęt wysokospecjalistyczny;</p> <p>- stworzenie warunków do kształcenia większej liczby lekarzy – perinatologów;</p> <p>- utworzenie poradni konsultacyjnych w zakresie patologii ciąży przy szpitalach.</p>	<p>- liczba lekarzy specjalistów w zakresie perinatologii w stosunku do danych za rok 2016</p>		
<p>Poprawa stanu zdrowia</p>	<p>długoterminowy</p>	<p>- poprawa wyposażenia oddziałów</p>	<p>- liczba podmiotów leczniczych doposażonych</p>		

	noworodka i małego dziecka.		noworodkowych i oddziałów dziecięcych, w sprzęt diagnostyczny;	w aparaturę diagnostyczną specjalistyczną;	
7. Poprawa dostępności do leczenia stomatologicznego oraz leczenia chorób jamy ustnej.	Zwiększenie liczby wykonywanych świadczeń stomatologicznych oraz zmniejszenie występowania chorób jamy	krótkoterminowy	<ul style="list-style-type: none"> <li>- opracowanie programów edukacyjnych w zakresie stomatologii dla ludzi starszych;</li> <li>- umożliwienie wizyty w gabinetach stomatologicznych osobom</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- czas oczekiwania na wizytę w stosunku do 2016 roku;</li> <li>- liczba przeprowadzonych szkoleń.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Chore zęby i dziąsła mają niekorzystny wpływ na cały organizm. Przykładowo kardiologzy wskazują na związek z chorobami sercowo-naczyniowymi, a onkolodzy – z nowotworami.</li> <li>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</li> </ol>

	ustnej.		niepełnosprawnym (ruchowo, intelektualnie, itp.); - wdrożenie działań edukacyjno-profilaktyczno-leczniczych.		<p>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.</p> <p>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 przetrzczenie na rodziców całej odpowiedzialności za stan zdrowia jamy ustnej dzieci.</p>
	Zahamowanie przyrostu próchnicy u dzieci i młodzieży	krótkoterminowy	<ul style="list-style-type: none"> <li>- wprowadzenie opieki stomatologicznej do szkół;</li> <li>- leczenie stomatologiczne w dentobusie;</li> <li>- zwiększenie roli higienistki stomatologicznej w profilaktyce chorób przyzębia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- liczba uruchomionych gabinetów stomatologicznych w szkołach;</li> <li>- liczba świadczeń udzielonych w dentobusie;</li> </ul>	
		długoterminowy	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych, specjalistów w dziedzinach stomatologicznych.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- liczba specjalistów w dziedzinie stomatologii dziecięcej w stosunku do 2016 r.</li> </ul>	

	<p>Poprawa dostępności do diagnostyki w zakresie chirurgii szczękowo-twarzowej, periodontologii oraz ortodoncji.</p>	<p>długoterminowy</p>	<p>- zwiększenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie chirurgii szczękowo-twarzowej (nowe poradnie); - zwiększenie liczby specjalistów w dziedzinach stomatologicznych.</p>	<p>- liczba utworzonych poradni w ciągu roku; - liczba specjalistów w stosunku do 2016 r.</p>	
<p>8. Wzmocnienie znaczenia rehabilitacji i leczenia uzdrowiskowego.</p>	<p>Poprawa dostępności do rehabilitacji oraz do leczenia uzdrowiskowego zgodnie z profilami uzdrowisk.</p>	<p>długoterminowy</p>	<p>- racjonalne wykorzystanie zasobów i potencjału zakładów lecznictwa uzdrowiskowego do kompleksowej rehabilitacji stacjonarnej i dziennej; - utworzenie ośrodków rehabilitacji ogólnoustrojowej i ośrodków rehabilitacji zaburzeń wieku rozwojowego we wszystkich powiatach województwa świętokrzyskiego; - zwiększenie ilości miejsc w oddziałach rehabilitacyjnych</p>	<p>- liczba pacjentów korzystających z leczenia uzdrowiskowego; - liczba utworzonych nowych oddziałów/ośrodków; - 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. 2. W wielu przypadkach zagwarantowanie wczesnego dostępu do rehabilitacji daje pacjentowi jedyną szansę na powrót do zdrowia. 3. Niski poziom kontraktowania świadczeń i duże zapotrzebowanie na tego rodzaju świadczenia.</p>

			i tworzenie nowych ośrodków rehabilitacyjnych.		
	Modernizacja istniejącej bazy sprzętowej będącej na wyposażeniu oddziałów rehabilitacji oraz oddziałów uzdrowiskowych.	długoterminowy	- wymiana i zakup wysokospecjalistycznego sprzętu i aparatury medycznej;		
				- liczba doposażonych ośrodków/oddziałów.	

W każdym przypadku preferowanymi sposobami realizacji priorytetów zdrowotnych są rozbudowa, modernizacja infrastruktury oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną podmiotów leczniczych (szpitale, 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.