


**PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ
POLITYKI ZDROWOTNEJ
WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO**

**na okres
od dnia 30 czerwca 2016 r. do dnia 31 grudnia 2018 r.**

Zatwierdzam: Wojewoda Dolnośląski

Paweł Hreniak
WOJEWÓDZA DOLNOŚLĄSKI

Paweł Hreniak

Wrocław, czerwiec 2016 r.

Wstęp

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

Wyodrębnienia szczegółowych problemów zdrowotnych istniejących w województwie dolnośląskim dokonano na podstawie opracowanej przez Ministra Zdrowia Mapy Potrzeb Zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla województwa dolnośląskiego, Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2007-2015, celów operacyjnych określonych w „Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne”, a także uwag i analiz wskazanych przez Wojewódzką Radę do spraw potrzeb zdrowotnych dla województwa dolnośląskiego. W opracowaniu uwzględniono także przyjęte przez Sejmik Województwa Dolnośląskiego uchwałą nr XXVIII/406/08 z dnia 26 czerwca 2008 r. w sprawie stanowiska dotyczącego współpracy na rzecz zintegrowanego regionalnego systemu stacjonarnej opieki zdrowotnej, założenia strategiczne i cele stanowiące o kierunku rozwoju polityki regionalnej w województwie.

Analiza demograficzna województwa i jego powiatów

Województwo dolnośląskie zamieszkuje około 2,9 mln mieszkańców, co stanowi 7,6 % ludności kraju. Jest to piąte pod względem liczby ludności województwo w Polsce.

W 2014 r. strukturę wieku ludności województwa dolnośląskiego różni od struktury wieku populacji Polski udział osób najmłodszych oraz osób w wieku produkcyjnym, czyli tworzących potencjalne zasoby pracy. Osób najmłodszych (do 19 r. ż.) było blisko 549 tys., a ich udział wyniósł 18,9% w porównaniu z 20,3% dla Polski. Ludność w wieku 20-64 lata wyniosła 1,9 mln osób, co stanowiło 65,6% ogółu populacji w porównaniu z 64,4% dla Polski. Natomiast zaawansowanie procesu starzenia się populacji było zbliżone do obserwowanego w Polsce: osób w wieku co najmniej 65 lat było w 2014 r. nieco ponad 451 tys. osób, co stanowiło 15,5% ludności ogółem wobec 15,3% dla Polski.

Warto podkreślić, iż w 2014 r. w województwie dolnośląskim na każdy tysiąc osób w wieku produkcyjnym przypadało 628 osób w wieku nieprodukcyjnym, co pozwoliło zająć regionowi

5 miejsce wśród województw o najmniejszym poziomie tego wskaźnika. Jego wartość była o 18 osób niższa niż zaobserwowana dla ludności Polski.

Analizując strukturę ludności według płci i wieku można zaobserwować przewagę liczebną mężczyzn nad kobietami w grupie wieku do 49 r. ż. W pozostałych grupach wieku jest więcej kobiet niż mężczyzn. Największe obecnie różnice w liczebności populacji kobiet i mężczyzn można zaobserwować dla osób starszych (powyżej 65 roku życia). Ma to odzwierciedlenie w wartości współczynnika feminizacji, który wyniósł 108 kobiet na 100 mężczyzn dla województwa ogółem, natomiast w grupie osób w wieku 65 lat i więcej 163, i był większy niż dla Polski. Województwo dolnośląskie charakteryzuje się jednymi z niższych wartości oczekiwanego trwania życia noworodka w Polsce. W 2014 r. wartość tego parametru wyniosła dla tego województwa 73,1 lat dla mężczyzn i 81,1 lat dla kobiet wobec odpowiednio 73,8 lat i 81,6 lat dla Polski. Obraz sytuacji poprawia się nieznacznie dla oczekiwanego dalszego trwania życia osoby w wieku 60 ukończonych lat (e_{60}), choć ten parametr wciąż pozostaje na niższym poziomie niż dla Polski.

Parametr e_{60} wyniósł 18,8 lat dla mężczyzn (19,2 lat w skali kraju) i 23,9 lat dla kobiet (24, 3 lat w skali kraju). Na wartości oczekiwanego trwania życia wpływ ma także umieralność niemowląt – współczynnik zgonów niemowląt w tym województwie wyniósł 4,4 zgony niemowląt na tysiąc urodzeń żywych i był nieco większy niż ten odnotowany w skali kraju. W 2014 r. w województwie dolnośląskim zanotowano 27,2 tys. urodzeń, a ogólny współczynnik płodności w województwie dolnośląskim wyniósł nieco ponad 39 dzieci na tysiąc kobiet w wieku rozrodczym. Jest to wynik o 1,2 dziecka na tysiąc kobiet niższy niż wielkość zaobserwowana dla Polski.

Województwo dolnośląskie jest czwartym najgęściej zaludnionym regionem Polski, w którym w 2014 r. średnio 1 km² zamieszkiwało 146 osób. Zgodnie z podziałem administracyjnym na obszarze województwa dolnośląskiego wyszczególniono cztery miasta na prawach powiatu oraz 26 powiatów. Największa liczba ludności w 2014 r. zamieszkiwała miasto Wrocław (ponad 634 tys. osób), a najmniejsza powiat górski (36 tys.).

Struktury ludności według płci i wieku w poszczególnych powiatach województwa dolnośląskiego są podobne do tych opisanych w poprzedniej części niniejszego raportu. Warto podkreślić jedynie, iż w mieście Wrocław przewagę liczebną kobiet można zaobserwować już dla grupy wieku 20-44 lata. Wynikać to może z migracji edukacyjnej (np. migracja związana z rozpoczęciem studiów) i większego uczestnictwa kobiet w kształceniu na poziomie wyższym. Stopień zaawansowania procesu starzenia się ludności w powiatach województwa dolnośląskiego był zróżnicowany: największe udziały osób

w wieku przynajmniej 65 lat odnotowano w następujących powiatach: m. Jelenia Góra (18,9 %), m. Wałbrzych (18 %) i m. Wrocław (17,7 %), zaś najmniejsze w powiatach wrocławskim (11,2 %), polkowickim (12,6 %) i średzkim (12,8 %). W 2014 r. największą oczekiwaną długość życia noworodka odnotowano w m. Wrocław (75 lat dla mężczyzn i 81,9 lat dla kobiet), zaś najniższe wartości tego parametru dla mężczyzn zaobserwowano w podregionie wałbrzyskim (71,7 lat), a dla kobiet w podregionie jeleniogórskim (80,2 lat). Podobnie kształtuje się zróżnicowanie oczekiwanego dalszego trwania życia osoby w wieku 60 ukończonych lat 8 w podregionach województwa dolnośląskiego.

Województwo dolnośląskie charakteryzuje się znacznym zróżnicowaniem terytorialnym pod względem wartości współczynnika płodności (liczba urodzeń na 1000 kobiet w wieku rozrodczym). Obecnie powiatami o najniższej wartości tego współczynnika są: powiat jeleniogórski, kamiennogórski, wałbrzyski i złotoryjski. Najwyższe wartości współczynnika odnotowuje się obecnie w powiatach kolejno: milickim, górowskim, wrocławskim i oleśnickim. Województwo dolnośląskie jest silnie zróżnicowane pod względem gęstości zaludnienia w poszczególnych powiatach.

Największym zagęszczeniem charakteryzował się powiat m. Wrocław (2167 osób), a następnie m. Legnica (1800 osób) i m. Wałbrzych (1378). Z kolei najmniejszym zagęszczeniem ludności odznaczały się następujące powiaty: górowski (49 osób), milicki (52), lwówecki (66) oraz bolesławiecki (69).

Prognoza demograficzna dla regionu

Do 2029 r. nastąpi spadek liczby ludności województwa o 123, 5 tys. osób, czyli o 4,2%, a więc natężenie procesu starzenia się ludności będzie silniejsze niż w skali kraju. Analogicznie zmiany struktury wieku ludności będą dotyczyć większości powiatów regionu, choć będą przebiegać z różnym natężeniem. W największych miastach regionu i otaczających ich obszarach wpływ na liczbę i strukturę ludności będą miały procesy urbanizacyjne.

Analizy demograficzne wykazują tendencje stałego wzrostu liczebności populacji w wieku poprodukcyjnym. Wg prognozy demografii do 2029 r. nastąpi znaczny wzrost udziału osób w wieku 65 lat i więcej w strukturze ludności województwa dolnośląskiego: w 2020 r. w województwie dolnośląskim na każdy tysiąc osób w wieku produkcyjnym przypadnie 649 osób w wieku nieprodukcyjnym (w porównaniu z 628 osobami w 2014 r.), a w 2029 r. 690 osób, co wskazuje na rosnące obciążenie osób w wieku produkcyjnym osobami w wieku nieprodukcyjnym.

Wydłużanie się średniej długości życia skutkuje wzrostem chorobowości i niepełnosprawności oraz zwiększeniem liczby osób niesamodzielnych.

Analiza i diagnoza

ONKOLOGIA

Oddział onkologiczny (w tym onkologii klinicznej)

W roku 2014 w województwie dolnośląskim funkcjonowało 13 oddziałów omawianej specjalności, z czego w przypadku 12 sprawozdano świadczenia do NFZ. Spośród tych oddziałów trzy znajdowały się w szpitalu zakwalifikowanym jako kliniczny (25%), sześć znajdowało się w szpitalu wojewódzkim (50%), jeden znajdował się w szpitalu powiatowym (8%) i dwa znajdowały się w szpitalu niepublicznym (17%). Jeśliby traktować wspólnie miasta na prawach powiatu z powiatami, które mają swoje siedziby w tych miastach, to w 2014 r. w województwie dolnośląskim w 20 powiatach nie funkcjonował oddział onkologiczny.

Z kolei patrząc na rozmieszczenie podmiotów posiadających kontrakt z NFZ i go nie posiadających należy stwierdzić, że w województwie dolnośląskim podmioty nie posiadające kontraktu z NFZ funkcjonowały wyłącznie w powiatach, w których były inne podmioty udzielające świadczeń na 496 analizowanym typie oddziału w ramach umowy z NFZ.

Liczba łóżek na omawianych oddziałach w województwie dolnośląskim wyniosła około 260 (średnio w 2014), czyli 9 na 100 tys. ludności. Oddziały różnią się od siebie liczbą łóżek. Najmniejszy miał 0, a największy 54 (przeciętna liczba w województwie wynosiła 20). Na omawianych oddziałach w 2014 r. do NFZ sprawozdano około 29.3 tys. hospitalizacji (z wyłączeniem hospitalizacji rozliczanych jako hospitalizacje jednodniowe. Mediana liczby hospitalizacji wyniosła około 2.1 tys., a siedmiu świadczeniodawców zrealizowało powyżej 2 tys. hospitalizacji. Hospitalizacje dotyczyły około 8.2 tys. pacjentów. Liczba hospitalizacji na pacjenta wyniosła 3.6.

Oddział radioterapii

W 2014 r., w Polsce funkcjonowały 34 oddziały analizowanej specjalności, z czego w przypadku 9 oddziałów nie sprawozdano świadczeń do NFZ. Oddziały, w przypadku których złożono sprawozdanie do Funduszu, podzielono w następujący sposób: 14 to ośrodki

z kategorii wojewódzkie (60.87%), 3 to ośrodki z kategorii gminne, powiatowe lub miejskie (13.04%), 3 to ośrodki z kategorii kliniczne (13.04%), 3 to ośrodki z kategorii niepubliczne (13.04%). Średnioroczna liczba łóżek w Polsce wyniosła 1526 (tj. 3.97 na 100 tys. ludności), z czego 10% znajdowało się u świadczeniodawców nieudzielających świadczeń w ramach umowy z NFZ. Oddziały różnią się od siebie wielkością, najmniejszy miał 0 łóżek, a największy 171 łóżek (średnio 45 łóżek).

W roku 2014 do NFZ sprawozdano ok. 35 tys. hospitalizacji, które dotyczyły ok. 24 tys. pacjentów. Liczba hospitalizacji na pacjenta wyniosła 1.46. Mediana liczby hospitalizacji wyniosła 1.41 tys. 5 świadczeniodawców zrealizowało więcej niż 2 tys. hospitalizacji.

W województwie dolnośląskim funkcjonowały 2 oddziały radioterapii, gdzie leczono 1724 pacjentów przy 2066 hospitalizacjach. Liczba łóżek w województwie wyniosła 185. Liczba hospitalizacji na pacjenta wyniosła 1.2.

GERIATRIA

W 2014 r., w Polsce funkcjonowało 49 oddziałów geriatrycznych, z czego w przypadku 11 oddziałów nie sprawozdano świadczeń do NFZ. Oddziały, w przypadku których złożono sprawozdanie do Funduszu, podzielono w następujący sposób: 5 to ośrodki z kategorii wojewódzkie (13.89%), 17 to ośrodki z kategorii gminne, powiatowe lub miejskie (47.22%), 6 to ośrodki z kategorii kliniczne (16.67%), 8 to ośrodki z kategorii niepubliczne (22.22%).

Średnioroczna liczba łóżek w Polsce wyniosła 1050 (tj. 2.73 na 100 tys. ludności), z czego 17% znajdowało się u świadczeniodawców nieudzielających świadczeń w ramach umowy z NFZ. Oddziały różnią się od siebie wielkością, najmniejszy miał 6 łóżek, a największy 67 łóżek (średnio 21 łóżek).

W roku 2014 do NFZ sprawozdano ok. 22 tys. hospitalizacji, które dotyczyły ok. 19 tys. pacjentów. Liczba hospitalizacji na pacjenta wyniosła 1.16. Mediana liczby hospitalizacji wyniosła 0.51 tys. Żaden ze świadczeniodawców nie zrealizował więcej niż 2 tys. hospitalizacji.

W województwie dolnośląskim funkcjonowały 3 oddziały geriatryczne, gdzie leczono 731 pacjentów przy 773 hospitalizacjach. Liczba łóżek w województwie wyniosła 48. Liczba hospitalizacji na pacjenta wyniosła 1.06.

REHABILITACJA

Zapotrzebowanie na różne formy rehabilitacji wykazuje stałą tendencję wzrostową, co wynika ze wzrostu zachorowalności na niektóre choroby przewlekłe, głównie naczyniowo – sercowe, neurologiczne i pulmonologiczne, wzrostu ilości wypadków i urazów oraz stałego wzrostu potrzeb osób w wieku podeszłym. Koreluje to ze współczynnikami chorobowości szpitalnej. Zwiększenie dostępności do wczesnej rehabilitacji umożliwi zatem obniżenie średniego czasu trwania wysokokosztowych hospitalizacji w oddziałach interwencyjnych. Zwiększenie skuteczności i efektywności medycyny ratunkowej i interwencyjnej, poprawa skuteczności opieki nad noworodkiem, rosnąca zapadalność na schorzenia cywilizacyjne oraz tendencje demograficzne, w tym wydłużająca się średnia długość życia w Polsce i starzenie się społeczeństwa, powodują narastanie odsetka osób niepełnosprawnych lub zagrożonych niepełnosprawnością. Zwiększa to realne potrzeby objęcia tych osób wczesną opieką rehabilitacyjną.

Analizy demograficzne wykazują tendencje stałego wzrostu liczebności populacji w wieku poprodukcyjnym. Grupa senioralna, kwalifikuje się do objęcia opieką w warunkach stacjonarnych. Blokują to z kolei większość potencjału łóżkowego (na niekorzyść młodszych grup populacji) w rehabilitacyjnych oddziałach stacjonarnych prowadzących intensywny proces rehabilitacji, wydłużając jednocześnie czas oczekiwania na świadczenia – prowadząc do powstania „błędnego koła kolejkowego”. Stanowi to wskazanie do modyfikacji organizacji części opieki rehabilitacyjnej i sposobu wykorzystania jej potencjału.

PSYCHIATRIA

Rozpowszechnienie zaburzeń zdrowia psychicznego w Polsce i ich skutki społeczne spowodowały opracowanie i przyjęcie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, który zakłada m.in. zapewnienie kompleksowej opieki zdrowotnej osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.

Analizując dane dotyczące potencjału organizacyjnego dolnośląskiej ochrony zdrowia psychicznego należy wskazać, że w stosunku do kraju jest on co prawda wyższy, jednakże nadal dominują podmioty lecznicze, w struktury których postuluje się wprowadzać niewielkie oddziały leczenia psychiatrycznego przy szpitalach wielospecjalistycznych.

Istotnym problemem pozostaje niedostateczna wielkość środków przeznaczanych

na lecznictwo psychiatryczne na Dolnym Śląsku przez płatnika publicznego. Deficyty finansowe w oczywisty sposób ograniczają możliwość działań inwestycyjnych w zakresie modernizacji przestarzałej infrastruktury szpitalnej, a także uniemożliwiają w praktyce tworzenie rozwiązań o charakterze środowiskowym, niezwykle ważnych w procesie zdrowienia.

Problemem jest także dostępność wykwalifikowanej kadry lekarzy - psychiatrów, których w województwie dolnośląskim jest 197 (wg stanu na 31 grudnia 2014 r.), co oznacza, że na 10 tys. mieszkańców regionu przypada mniej niż jeden psychiatra (0,7).

Zgodnie z założeniami Narodowego Programu Opieki Zdrowia w województwie dolnośląskim powinno być 1150 łóżek, przy uwzględnieniu wskaźnika 4 łóżka/10000 mieszkańców, rozmieszczonych równomiernie, z możliwą lokalizacją oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych.

Postuluje się także utworzenie Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP) - nowoczesnego, sprawdzonego modelu opieki psychiatrycznej, który w sposób wymierny poprawi jakość leczenia psychiatrycznego, jego dostępność, ciągłość, kompleksowość i skuteczność. Organizacja tego modelu umożliwi przeciwdziałanie stygmatyzacji i wykluczeniu chorych psychicznie i zapewni warunki do społecznej integracji osób z zaburzeniami psychicznymi.

PEDIATRIA

Różnica pomiędzy prognozowaną liczbą potrzebnych łóżek a liczbą łóżek w województwie będzie się zmieniać w czasie. W województwie dolnośląskim względna różnica (odniesiona do liczby łóżek w województwie w 2014 r.) będzie się wahać między -33.93% w roku 2016 a -44.13% w 2029 r. W tym samym okresie w Polsce średnia zmiana liczby łóżek będzie się wahać między -25.44% w 2016 r. a -36.64% w 2029 r. Na podstawie tego scenariusza można stwierdzić, że liczba łóżek w województwie powinna spadać o 4.38% rocznie, co przekłada się na 24.3 łóżka rocznie.

W Polsce liczba łóżek powinna spadać o 3.45% rocznie, co przekłada się na 277.1 łóżka rocznie. W scenariuszu zakładającym skrócenie średniego czasu pobytu względna różnica w województwie dolnośląskim będzie się wahać między -39.51% w 2016 r. a -48.83% w 2029 r. W tym samym okresie w Polsce średnia zmiana liczby łóżek będzie się wahać między -31.71% w 2016 r. a -41.94% w 2029 r.

Na podstawie tego scenariusza można stwierdzić, że liczba łóżek w województwie powinna spadać o 5.02% rocznie, co przekłada się na 26.9 łóżka rocznie.

W Polsce liczba łóżek powinna spadać o 4.1% rocznie, co przekłada się na 317.2 łóżka rocznie.

Oddział immunologii klinicznej dla dzieci

Ze względu na małą liczebność tych oddziałów, przedstawiono dane o wszystkich oddziałach w Polsce, a nie jedynie o oddziałach znajdujących się w województwie. W 2014 r., w Polsce funkcjonowały 4 oddziały analizowanej specjalności, z czego w przypadku jednego oddziału nie sprawozdano świadczeń do NFZ. Oddziały, w przypadku których złożono sprawozdanie do Funduszu, podzielono w następujący sposób: 1 to ośrodek z kategorii wojewódzkie (33.33%), 2 to ośrodki z kategorii kliniczne (66.67%),

Średnioroczna liczba łóżek w Polsce wyniosła 42 (tj. 0.11 na 100 tys. ludności) i wszystkie znajdowały się u świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach umowy z NFZ. Oddziały różnią się od siebie wielkością, najmniejszy miał 0 łóżek, a największy 26 łóżek (średnio 10 łóżek). W roku 2014 do NFZ sprawozdano ok. 5 tys. hospitalizacji, które dotyczyły ok. 3 tys. pacjentów. Liczba hospitalizacji na pacjenta wyniosła 1.67. Mediana liczby hospitalizacji wyniosła 1.85 tys. Jeden świadczeniodawca zrealizował więcej niż 2 tys. hospitalizacji.

W województwie dolnośląskim funkcjonował 1 oddział immunologii klinicznej dla dzieci, gdzie leczono 1431 pacjentów przy 1849 hospitalizacjach. Liczba łóżek w województwie wyniosła 26. Liczba hospitalizacji na pacjenta wyniosła 1.29.

NEONATOLOGIA

Różnica pomiędzy prognozowaną liczbą potrzebnych łóżek, a liczbą łóżek w województwie będzie się zmieniać w czasie. W województwie dolnośląskim względna różnica (odniesiona do liczby łóżek w województwie w 2014 r.) będzie się wahać między -50.46% w roku 2016 a -58.83% w 2029 r. W tym samym okresie w Polsce średnia zmiana liczby łóżek będzie się wahać między -45.54% w 2016 r. a -54.74% w 2029 r.

Na podstawie tego scenariusza można stwierdzić, że liczba łóżek w województwie powinna spadać o 6.6% rocznie, co przekłada się na 36.9 łóżka rocznie. W Polsce liczba łóżek powinna spadać o 5.92% rocznie, co przekłada się na 411.6 łóżka rocznie. W scenariuszu zakładającym skrócenie średniego czasu pobytu względna różnica w województwie dolnośląskim będzie się wahać między -54.78% w 2016 r., a -62.42% w 2029 r.

W tym samym okresie w Polsce średnia zmiana liczby łóżek będzie się wahać między -50.38% w 2016 r. a -58.76% w 2029 r. Na podstawie tego scenariusza można stwierdzić,

że liczba łóżek w województwie powinna spadać o 7.25% rocznie, co przekłada się na 39.1 łóżka rocznie. W Polsce liczba łóżek powinna spadać o 6.59% rocznie, co przekłada się na 441.8 łóżka rocznie.

ANGIOLOGIA

W roku 2014, w Polsce funkcjonowało 11 oddziałów analizowanej specjalności, z czego w przypadku 7 oddziałów nie sprawozdano świadczeń do NFZ. Oddziały, w przypadku których złożono sprawozdanie do Funduszu, podzielono w następujący sposób: 1 to ośrodek z kategorii wojewódzkie (25%), 3 to ośrodki z kategorii kliniczne (75%).

Średnioroczna liczba łóżek w Polsce wyniosła 160 (tj. 0.42 na 100 tys. ludności), z czego 25% znajdowało się u świadczeniodawców nieudzielających świadczeń w ramach umowy z NFZ. Oddziały różnią się od siebie wielkością, najmniejszy miał 1 łóżko, a największy 51 łóżek (średnio 15 łóżek).

W roku 2014 do NFZ sprawozdano ok. 7 tys. hospitalizacji, które dotyczyły ok. 6 tys. pacjentów. Liczba hospitalizacji na pacjenta wyniosła 1.17. Mediana liczby hospitalizacji wyniosła 1.84 tys. 2 świadczeniodawców zrealizowało więcej niż 2 tys. hospitalizacji. W województwie dolnośląskim funkcjonowały 2 oddziały, gdzie leczono 1452 pacjentów przy 1685 hospitalizacjach. Liczba łóżek w województwie wyniosła 53. Liczba hospitalizacji na pacjenta wyniosła 1.16.

ORTOPEDIA I CHIRURGIA DZIECIĘCA

W roku 2014, w Polsce funkcjonowały 34 oddziały analizowanej specjalności, z czego w przypadku 11 oddziałów nie sprawozdano świadczeń do NFZ. Oddziały, w przypadku których złożono sprawozdanie do Funduszu, podzielono w następujący sposób: 7 to ośrodki z kategorii wojewódzkie (30.43%), 1 to ośrodek z kategorii gminne, powiatowe lub miejskie (4.35%), 11 to ośrodki z kategorii kliniczne (47.83%), 4 to ośrodki z kategorii niepubliczne (17.39%).

Średnioroczna liczba łóżek w Polsce wyniosła 553 (tj. 1.44 na 100 tys. ludności), z czego 18% znajdowało się u świadczeniodawców nieudzielających świadczeń w ramach umowy z NFZ. Oddziały różnią się od siebie wielkością, najmniejszy miał 1 łóżko, a największy 40 łóżek (średnio 16 łóżek). W roku 2014 do NFZ sprawozdano ok. 23 tys. hospitalizacji, które dotyczyły ok. 18 tys. pacjentów. Liczba hospitalizacji na pacjenta

wyniosła 1.28. Mediana liczby hospitalizacji wyniosła 0.95 tys. 3 świadczeniodawców zrealizowało więcej niż 2 tys. hospitalizacji.

W województwie dolnośląskim nie występował ani jeden oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci, a największa część pacjentów z tego województwa, lecząca się na danym oddziale, wyjeżdżała do województwa wielkopolskiego.

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA

W scenariuszu bazowym różnica pomiędzy prognozowaną liczbą potrzebnych łóżek a liczbą łóżek w województwie będzie się zmieniać w czasie. W województwie dolnośląskim względna różnica (odniesiona do liczby łóżek w województwie w roku 2014) będzie się wahać między -37.28% w 2016 r. a -47.17% w 2029 r.

W tym samym okresie w Polsce średnia zmiana liczby łóżek będzie się wahać między -27.31% w 2016 r. a -38.59% w 2029 r. Na podstawie tego scenariusza można stwierdzić, że liczba łóżek w województwie powinna spadać o 4.79% rocznie, co przekłada się na 48 łóżka rocznie. W Polsce liczba łóżek powinna spadać o 3.68% rocznie, co przekłada się na 508 łóżka rocznie.

W scenariuszu zakładającym skrócenie średniego czasu pobytu względna różnica w województwie dolnośląskim będzie się wahać między -41.84% w 2016 r. a -51.17% w 2029 r. W tym samym okresie w Polsce średnia zmiana liczby łóżek będzie się wahać między -32.84% w 2016 r. a -43.42% w 2029 r.

Na podstawie tego scenariusza można stwierdzić, że liczba łóżek w województwie powinna spadać o 5.36% rocznie, co przekłada się na 52.1 łóżka rocznie. W Polsce liczba łóżek powinna spadać o 4.29% rocznie, co przekłada się na 571.7 łóżka rocznie.

ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU

W roku 2014 w województwie dolnośląskim funkcjonowały 33 oddziały omawianej specjalności, z czego w przypadku 28 sprawozdano świadczenia do NFZ. Spośród tych oddziałów 3 znajdowały się w szpitalu zakwalifikowanym jako kliniczny (11%), 5 znajdowało się w szpitalu wojewódzkim (18%), 10 znajdowało się w szpitalu powiatowym (32%), 10 znajdowało się w szpitalu niepublicznym (36%) i 1 znajdował się w szpitalu zakwalifikowanym jako inny (4%). Jeśliby traktować wspólnie miasta na prawach powiatu z powiatami, które mają swoje siedziby w tych miastach, to w 2014 r. w województwie dolnośląskim w ośmiu powiatach nie funkcjonował oddział omawianego typu. Z kolei patrząc na rozmieszczenie podmiotów posiadających kontrakt z NFZ i go nie posiadających, należy

stwierdzić, że w województwie dolnośląskim w trzech funkcjonowały podmioty bez kontraktu, a nie funkcjonowały podmioty udzielające świadczeń w ramach umowy z NFZ.

Liczba łóżek na omawianych oddziałach w województwie dolnośląskim wyniosła około 800 (średnio w 2014 r.), czyli 26 na 100 tys. ludności. Z tych łóżek 7% znajdowało się u świadczeniodawców nieudzielających świadczeń w ramach umowy z NFZ na analizowanym typie oddziału. Oddziały różnią się od siebie liczbą łóżek.

Najmniejszy miał 0, a największy 78 (przeciętna liczba w województwie wynosiła 23). Na omawianych oddziałach w 2014 r. do NFZ sprawozdano około 28.6 tys. hospitalizacji (z wyłączeniem hospitalizacji rozliczanych jako hospitalizacje jednodniowe. Mediana liczby hospitalizacji wyniosła około 700, a czterech świadczeniodawców zrealizowało powyżej 2 tys. hospitalizacji. Hospitalizacje dotyczyły około 26.2 tys. pacjentów. Liczba hospitalizacji na pacjenta wyniosła 1.1.

REUMATOLOGIA

W roku 2014, w Polsce funkcjonowały 84 oddziały analizowanej specjalności, z czego w przypadku 11 oddziałów nie sprawozdano świadczeń do NFZ. Oddziały, w przypadku których złożono sprawozdanie do Funduszu, podzielono w następujący sposób: 22 to ośrodki z kategorii wojewódzkie (30.14%), 32 to ośrodki z kategorii gminne, powiatowe lub miejskie (43.84%), 12 to ośrodki z kategorii kliniczne (16.44%), 7 to ośrodki z kategorii niepubliczne (9.59%).

Średnioroczna liczba łóżek w Polsce wyniosła 2413 (tj. 6.27 na 100 tys. ludności), z czego 8% znajdowało się u świadczeniodawców nieudzielających świadczeń w ramach umowy z NFZ. Oddziały różnią się od siebie wielkością, najmniejszy miał 2 łóżka, a największy 140 łóżek (średnio 29 łóżek). W roku 2014 do NFZ sprawozdano ok. 78 tys. hospitalizacji, które dotyczyły ok. 58 tys. pacjentów. Liczba hospitalizacji na pacjenta wyniosła 1.34. Mediana liczby hospitalizacji wyniosła 0.83 tys. 8 świadczeniodawców zrealizowało więcej niż 2 tys. hospitalizacji.

W województwie dolnośląskim funkcjonowało 7 oddziałów, gdzie leczono 5829 pacjentów przy 9445 hospitalizacjach. Liczba łóżek w województwie wyniosła 210. Liczba hospitalizacji na pacjenta wyniosła 1.62.

DERMATOLOGIA

W roku 2014 w Polsce funkcjonowało 81 oddziałów analizowanej specjalności, z czego w przypadku 9 oddziałów nie sprawozdano świadczeń do NFZ. Oddziały, w przypadku których złożono sprawozdanie do Funduszu, podzielono w następujący sposób: 29 to ośrodki z kategorii wojewódzkie (42.65%), 19 to ośrodki z kategorii gminne, powiatowe lub miejskie (27.94%), 16 to ośrodki z kategorii kliniczne (23.53%), 4 to ośrodki z kategorii niepubliczne (5.88%).

Średnioroczna liczba łóżek w Polsce wyniosła 1710 (tj. 4.44 na 100 tys. ludności), z czego 10% znajdowało się u świadczeniodawców nieudzielających świadczeń w ramach umowy z NFZ. Oddziały różnią się od siebie wielkością, najmniejszy miał 0 łóżek, a największy 64 łóżka (średnio 21 łóżek).

W roku 2014 do NFZ sprawozdano ok. 61 tys. hospitalizacji, które dotyczyły ok. 50 tys. pacjentów. Liczba hospitalizacji na pacjenta wyniosła 1.22. Mediana liczby hospitalizacji wyniosła 0.67 tys. 2 świadczeniodawców zrealizowało więcej niż 2 tys. hospitalizacji.

W województwie dolnośląskim funkcjonowały 4 oddziały, gdzie leczono 3994 pacjentów przy 5503 hospitalizacjach. Liczba łóżek w województwie wyniosła 110. Liczba hospitalizacji na pacjenta wyniosła 1.38.

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

Lp	Priorytet	Cel	Horyzont - Czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie	Punkty
1	Onkologia	Podniesienie jakości świadczonych usług zdrowotnych w zakresie onkologii. Zapewnienie dostępu do kompleksowej terapii onkologicznej	Do 2022 r.	<ul style="list-style-type: none"> Budowa szpitala onkologicznego. 	<ul style="list-style-type: none"> Stopień satysfakcji pacjentów Liczba skarg wniesionych przez pacjentów i ich rodziny. Liczba pacjentów oczekujących na świadczenie w stosunku do 2014 r. Realizacja inwestycji zgodnie z harmonogramem prac. 	Nowotwory statystycznie są drugą co do częstości przyczyną zgonów mieszkańców województwa dolnośląskiego. Uwzględniając procesy demograficzne szacuje się, że w latach 2016-2029 liczba nowych przypadków nowotworów złośliwych wzrośnie z poziomu 14,1 tys. do 16,5 tys.	354
		Zwiększenie dostępności i poprawa efektywności stosowania nowoczesnych farmakologicznych metod leczenia nowotworów. Wprowadzenie nadzoru nad realizacją tego typu usług.	Do 2020 r.	<ul style="list-style-type: none"> Utworzenie Konsorcjum skupiającego wszystkie jednostki realizujące świadczenia z zakresu chemioterapii. 	<ul style="list-style-type: none"> Liczba zrealizowanych świadczeń zdrowotnych w stosunku do 2014 r. 	Konieczność racjonalizacji wydatkowania środków finansowych z przeznaczeniem na farmakoterapię.	
		Zwiększenie skuteczności prewencji, diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych.	Do 2020 r.	<ul style="list-style-type: none"> Zwiększenie efektywności pracy poradni onkologicznych, monitorowanie efektywności realizacji pakietu onkologicznego, zwiększanie liczby oddziałów onkologicznych lub modernizowanie istniejących zasobów. 	<ul style="list-style-type: none"> Liczba osób objętych pakietem onkologicznym. 	W województwie dolnośląskim pomimo wprowadzenia pakietu onkologicznego obserwuje się zbyt utrudniony dostęp do specjalisty onkologa.	
2	Geriatrya	Dostosowanie usług zdrowotnych do wyzwań demograficznych oraz rozwój kompleksowej opieki nad osobami przewlekle chorymi i starszymi.	Do 2020 r.	<ul style="list-style-type: none"> Zwiększenie liczby oddziałów geriatrycznych Reorganizacja oddziałów chorób wewnętrznych w regionach, w których występuje ich brak. 	<ul style="list-style-type: none"> Liczba utworzonych oddziałów w stosunku do 2014 r. Liczba łóżek i ich obłożenie, wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców. 	Istnieją znaczne różnice w docelowej liczbie oddziałów geriatrycznych w poszczególnych subregionach województwa. Konieczna jest poprawa dostępności i jakości opieki zdrowotnej nad osobami starszym poprzez równomierną alokację oddziałów w regionie.	329

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

Lp	Priorytet	Cel	Horyzont - Czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie	Punkty
		<p>Zwiększenie finansowania procedur medycznych (zastosowanie przelicznika w zależności od stopnia wielochorobowości lub wieku powyżej 80 lat).</p> <p>Poprawa dostępności i jakości opieki oraz przeciwdziałanie nadmiernie wydłużonej hospitalizacji pacjentów.</p>		<ul style="list-style-type: none"> Utworzenie oddziałów o profilu geriatrycznym. 	<ul style="list-style-type: none"> Średni czas oczekiwania seniorów na świadczenie rehabilitacyjne w stosunku do 2014r. . Wskaźnik wykorzystania łóżek rehabilitacyjnych w stosunku do 2014r. . 	<p>Wydużające się okresy oczekiwania na rehabilitację stacjonarną powodują obniżenie sprawności psychofizycznej osób w wieku podeszłym i chorych przewlekle.</p>	
		<p>Modernizacja zabezpieczenia geriatrycznego z wykorzystaniem istniejących oddziałów rehabilitacji geriatrycznej, oddziałów uzdrowiskowych oraz rehabilitacji dziennej, domowej i ambulatoryjnej. Poprawa dostępności do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych oraz skrócenie czasu dotarcia do lekarza specjalisty poprzez zmianę obszarów kontraktowania (z województwa na grupę powiatów). Intensyfikacja organizacji systemu opieki senioralnej. Poprawa dostępności do opieki domowej.</p>		<ul style="list-style-type: none"> Optymalizacja miejsca leczenia seniorów, poprzez „przesunięcie” pacjentów grupy senioralnej z leczenia w oddziałach rehabilitacji stacjonarnej do leczenia w jednostkach organizacyjnych dostosowanych do ich specyfiki i potrzeb. Tworzenie nowych form opieki długoterminowej. Utworzenie poradni geriatrycznych, Utworzenie poradni leczenia chorób neurodegeneracyjnych Utworzenie ośrodka konsultacyjno-informacyjnego. 	<ul style="list-style-type: none"> Liczba utworzonych poradni w stosunku do 2014 r. Liczba udzielonych świadczeń zdrowotnych w stosunku do 2014 r. Liczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów objętych opieką stacjonarną w danym roku. 	<p>W województwie dolnośląskim występuje istotny brak poradni i ośrodków o takim profilu. Zorganizowanie takiego systemu opieki zapewni lepszą jakość świadczeń oraz komfort psychofizyczny pacjentów i ich bliskich.</p>	
3	Kształcenie kadr medycznych	<p>Wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społecznych. Zwiększenie liczby kadry medycznej posiadającej wiedzę w zakresie wykorzystania nowoczesnych technologii w medycynie.</p>	Do 2020 r.	<ul style="list-style-type: none"> Zwiększenie liczby jednostek i miejsc szkoleniowych uprawnionych do prowadzenia stażu specjalizacyjnego i ich równomierna alokacja w województwie. Organizowanie kursów doskonalących umiejętności i wiedzę lekarzy specjalistów. 	<ul style="list-style-type: none"> Wprowadzenie odpowiednich motywatorów, głównie finansowych Wdrożenie ścieżek kariery zawodowej. 	<p>Liczba lekarzy specjalistów jest wysoce niewystarczająca. Średni wiek lekarzy specjalistów to ok. 55 lat.</p>	317

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

Lp	Priorytet	Cel	Horyzont - Czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie	Punkty
4	Rehabilitacja	Zwiększenie dostępności do wczesnej, kompleksowej i nowoczesnej rehabilitacji.	Do 2018 r.	<ul style="list-style-type: none"> • Optymalizacja miejsc rehabilitacyjnych we wczesnej i przewlekłej rehabilitacji szpitalnej oraz realizowanej w warunkach dziennych, uzdrowiskowych, ambulatoryjnych i domowych. • Współpraca oddziałów interwencyjnych z ośrodkami rehabilitacyjnymi i uzdrowiskowymi w zakresie koordynowania działań zapewniających kontynuację leczenia pacjenta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Średni czas oczekiwania na rehabilitacyjne świadczenia stacjonarne dla przypadków „pilnych” w stosunku do 2014 r. – nie powinien przekraczać 2 miesięcy. 	Wczesne rozpoczęcie rehabilitacji zapewnia optymalne efekty leczenia. Pacjent powinien mieć dostęp do wczesnej rehabilitacji stacjonarnej, dziennej, uzdrowiskowej lub ambulatoryjnej bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji lub po zakończeniu ambulatoryjnego leczenia fazy ostrej (zapewnienie ciągłości leczenia przy jednoczesnej racjonalizacji / optymalizacji czasu trwania hospitalizacji na oddziałach interwencyjnych).	312
		Ograniczenie liczby trwałych powikłań chorób cywilizacyjnych (chorób naczyniowo – sercowych, neurologicznych, układu oddechowego, ortopedyczno – urazowych, reumatycznych oraz chorób nowotworowych).		<ul style="list-style-type: none"> • Urealnienie wyceny świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej (w szczególności rehabilitacji pacjentów z dużym stopniem niepełnosprawności), fizjoterapii oraz leczenia uzdrowiskowego. • Optymalizacja wydatków finansowych na te świadczenia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Średni czas hospitalizacji w jednostkach chorobowych kwalifikujących się do wczesnej rehabilitacji w stosunku do 2014 r. 		
		Zmniejszenie skutków wypadków i urazów prowadzących do niepełnosprawności i trwałej utraty zdrowia. Rozwój rehabilitacji onkologicznej zlokalizowanych przy ośrodkach onkologicznych.		<ul style="list-style-type: none"> • Odtworzenie redukowanych łóżek „interwencyjnych” w oddziałach i pododdziałach rehabilitacyjnych. • Racjonalne wykorzystanie zasobów i potencjału zakładów leczenia uzdrowiskowego w programach kompleksowej rehabilitacji stacjonarnej, dziennej i ambulatoryjnej. • Tworzenie zaplecza do świadczeń rehabilitacyjnych / fizjoterapii ambulatoryjnej, w podstawowej opiece zdrowotnej. 	<ul style="list-style-type: none"> • Średni czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacyjne ambulatoryjne (dla przypadków „pilnych” i „stabilnych”). • Wskaźnik obłożenia łóżek rehabilitacyjnych. • Liczba świadczeń ambulatoryjnych udzielonych w stosunku do 2014 r. 		

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

Lp	Priorytet	Cel	Horyzont - Czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie	Punkty
5	Infrastruktura	Poprawa infrastruktury podmiotów leczniczych zapewniająca dostępność do świadczeń zdrowotnych najwyższej jakości.	Do 2020 r.	<ul style="list-style-type: none"> Budowa lub modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych. Zakup i/ lub wymiana aparatury lub sprzętu medycznego. Wdrażanie innowacyjnych technik, upowszechnianie robotów operacyjnych. 	<ul style="list-style-type: none"> Stopień zaawansowania budowy lub ilość przeprowadzonych modernizacji. Liczba wymienionego lub zakupionego sprzętu lub aparatury medycznej. 	Istniejące podmioty lecznicze funkcjonują w przestarzałej infrastrukturze technicznej. Do realizacji świadczeń wykorzystują sprzęt i aparaturę medyczną wymagającą wymiany.	300
6	Choroby wewnętrzne	Poprawa warunków hospitalizacji pacjentów. Zwiększenie obsady medycznej.	Do 2018 r.	<ul style="list-style-type: none"> Zwiększenie liczby oddziałów internistycznych w dużych miastach, optymalizacja ich wykorzystania. Zmiana wyceny internistycznych procedur medycznych. 	<ul style="list-style-type: none"> Liczba utworzonych oddziałów internistycznych. Liczba osób hospitalizowanych w stosunku do 2014 r. Liczba kadry medycznej w stosunku do 2014 r. 	Starzejąca się populacja w województwie dolnośląskim spowoduje istotny brak miejsc w oddziałach geriatrycznych, co przełoży się na hospitalizację w oddziałach internistycznych. Konieczne jest zwiększenie zatrudnienia lekarzy specjalistów poprzez wprowadzenie odpowiednich motywatorów, głównie finansowe, a także ścieżek awansu zawodowego.	297
7	Psychiatria	Zapewnienie wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki psychiatrycznej. Zwiększenie oferty opieki środowiskowej psychiatrycznej oraz poprawa dostępności dla dzieci i młodzieży. Wsparcie opieki psychiatrycznej opieką środowiskową.	Do 2020 r.	<ul style="list-style-type: none"> Utworzenie centrum zdrowia psychicznego. Zwiększenie liczby poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży. Upowszechnianie opieki psychiatrycznej środowiskowej. Dążenie do wdrażania modelu kompleksowej opieki psychiatrycznej z uwzględnieniem opieki środowiskowej. Rozwijanie form leczenia pozaszpitalnego. 	<ul style="list-style-type: none"> Stopień satysfakcji pacjentów. Liczba skarg wniesionych przez pacjentów i ich rodziny. Liczba utworzonych poradni i udzielonych porad w stosunku do 2014 r. 	Dotychczasowy sposób organizacji opieki wymusza konieczność przekierowania strumienia środków finansowych z opieki stacjonarnej do AOS. Konieczność przeciwdziałania dyskryminacji osób chorych psychicznie i ich rodzin.	288
8	Diagnostyka i medycyna naprawcza	Poprawa dostępności i jakości specjalistycznych badań diagnostycznych.	Do 2018 r.	<ul style="list-style-type: none"> Zwiększenie dostępu do diagnostyki: endoskopowej ultrasonografii, endoskopii dwubalonowej, enterografii rezonansu magnetycznego, TK, kolonoskopii. 	<ul style="list-style-type: none"> Liczba wykonanych świadczeń specjalistycznych w stosunku do 2014 r. Liczba zakupionego sprzętu i aparatury medycznej. 	Czas oczekiwania na realizację wysokospecjalistycznych świadczeń jest znacznie wydłużony co uniemożliwia w sposób wymierny wczesne postawienie diagnozy i wdrożenie właściwego leczenia, szczególnie w sytuacji występowania chorób nowotworowych.	286

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

Lp	Priorytet	Cel	Horyzont - Czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie	Punkty
9	Endokrynologia	Poprawa dostępności do diagnostyki i leczenia specjalistycznego.	Do 2018 r.	<ul style="list-style-type: none"> Zapewnienie realizacji świadczeń specjalistycznych w trybie procedury jednego dnia. 	<ul style="list-style-type: none"> Liczba udzielonych świadczeń w stosunku do 2014 r. Liczba uruchomionych procedur w stosunku do 2014 r. 	Konieczność skrócenia czasu diagnostyki chorych przy jednoczesnym ograniczeniu kosztów związanych z koniecznością kilkudniowej hospitalizacji.	280
10	Medycyna ratunkowa	<p>Poprawa efektywności i dostępności opieki w stanach zagrożenia życia.</p> <p>Optymalizacja świadczeń udzielanych w SOR.</p> <p>Utworzenie centrum urazowego dla dzieci.</p>	Do 2020 r.	<ul style="list-style-type: none"> Usprawnienie ratowniczych działań medycznych w przypadku wystąpienia zagrożenia zdrowia i życia pacjentów. 	<ul style="list-style-type: none"> Monitorowanie czasu dotarcia ambulansu do miejsca zdarzenia. Skrócenie czasu oczekiwania pacjenta na przyjęcie do SOR. Stopień satysfakcji pacjentów. Liczba skarg wniesionych przez pacjentów lub ich rodziny. 	W województwie dolnośląskim obserwuje się zbyt długi czas dotarcia ZRM do miejsca zdarzenia oraz wydłużony czas na przyjęcie pacjenta do SOR. Konieczna jest optymalizacja świadczeń udzielanych w SOR.	280
11	Pediatria	Poprawa dostępności i jakości świadczeń opieki stacjonarnej .	Do 2018 r.	<ul style="list-style-type: none"> Utworzenie oddziału pediatrycznego Utworzenie poradni pediatrycznych. Utworzenie oddziału opieki paliatywnej dla dzieci. 	<ul style="list-style-type: none"> Liczba utworzonych oddziałów i poradni w stosunku do liczby funkcjonujących w 2014 r. Stopień satysfakcji pacjentów Liczba skarg wniesionych przez pacjentów lub ich rodziny. 	<p>Z mapy potrzeb wynika, że należy zrationalizować liczbę łóżek w oddziałach pediatrycznych. Zgodnie z opinią konsultanta wojewódzkiego nie ma żadnych podstaw do redukcji liczby łóżek pediatrycznych w województwie. Wykorzystanie łóżek jest związane z sezonowością zachorowań. Umożliwienie powstania poradni przyszpitalnych zapewni zmniejszenie nie tylko liczby porad specjalistycznych, ale również nieuzasadnionych wizyt w izbach przyjęć czy SOR.</p> <p>Utworzenie oddziałów o typie „matka z dzieckiem” zapewni komfort pacjentom i ich rodzinom.</p> <p>W województwie brak jest oddziału paliatywnego dla dzieci, który zabezpieczałby świadczenia zdrowotne dzieciom niepodlegającym opiece hospicyjnej w regionie.</p>	280
		Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych w ramach procedury jednego dnia.	Do 2020 r.	<ul style="list-style-type: none"> Wykorzystanie potencjału sprzętowego i kadrowego w istniejących oddziałach pediatrycznych w dużych kompleksach szpitalnych. 	<ul style="list-style-type: none"> Liczba udzielonych świadczeń zdrowotnych w ramach procedury jednego dnia stosunku do liczby w 2014 r. 	Zwiększenie komfortu fizycznego i psychicznego pacjenta oraz jego bliskich (działania prorodzinne), korzyści finansowe dla podmiotu leczniczego.	

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

Lp	Priorytet	Cel	Horyzont - Czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie	Punkty
		Podniesienie bezpieczeństwa pacjenta i jakości świadczonych usług zdrowotnych poprzez wspieranie rozwoju technologicznego i innowacji w ochronie zdrowia. Modernizacja zasobów infrastrukturalnych podmiotów leczniczych w zakresie wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną.	Do 2020 r.	<ul style="list-style-type: none"> Zakup aparatury i sprzętu medycznego. 	<ul style="list-style-type: none"> Liczba zakupionego sprzętu i aparatury medycznej. 	Wyposażenie oddziałów pediatrycznych w specjalistyczny sprzęt umożliwiającą szybką diagnostykę w województwie jest niewystarczające. Zakup i właściwe wyposażenie oddziałów zmniejszy liczbę występowania zdarzeń niepożądanych i poprawi bezpieczeństwo pacjentów.	
12	Neonatologia	Poprawa jakości opieki nad noworodkami i niemowlętami poprzez zapewnienie dostępu do ambulatoryjnych świadczeń wielospecjalistycznych dla noworodków o bardzo małej urodzeniowej masie ciała, z encefalopatią niedotlenieniowo-niedokrwinną oraz wadami rozwojowymi, w okresie do 36 miesiąca życia.	Do 2020 r.	<ul style="list-style-type: none"> Tworzenie wielospecjalistycznych poradni neonatologicznych, na bazie istniejących poradni w dużych ośrodkach neonatologicznych, z dostępem do wielu dziedzin specjalistycznych. 	<ul style="list-style-type: none"> Liczba utworzonych poradni wielospecjalistycznych w stosunku do 2014 r. Liczba zakupionego sprzętu i aparatury medycznej. Liczba noworodków objętych opieką wielospecjalistyczną, w stosunku do 2014 r. 	Liczba noworodków wymagających opieki wielospecjalistycznej wzrasta w związku ze zwiększoną przeżywalnością. Poprawa opieki ambulatoryjnej nad tą populacją wpłynie korzystnie na ich zdrowotność i poprawę jakości życia.	280
		Poprawa opieki nad noworodkiem.	Do 2020 r.	<ul style="list-style-type: none"> Utworzenie 1. lub 2. banków mleka kobiecego w dużych ośrodkach neonatologicznych. Utworzenie poradni laktacyjnych. Popularyzacja karmienia naturalnego. 	<ul style="list-style-type: none"> Liczba banków mleka kobiecego i poradni laktacyjnych w stosunku do 2014 r. Liczba niemowląt karmionych naturalnie przez 6 miesięcy życia w stosunku do 2014 r. 	Konieczność podniesienia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych i obniżenie wskaźników umieralności poporodowej noworodków, skrócenie czasu hospitalizacji, a także wcześniejsze włączenie żywienia enteralnego.	
		Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych w obszarze II stopnia referencyjnego oraz w zakresie patologii noworodka. Racjonalizacja wykorzystania łóżek szpitalnych.	Do 2018 r.	<ul style="list-style-type: none"> Przekształcenie 2-3 oddziałów I stopnia referencyjnego w ośrodki o II stopniu referencyjności. Utworzenie oddziałów neonatologicznych II stopnia referencyjnego. Zmniejszenie nadmiernego obłożenia łóżek neonatologicznych w ośrodkach o III stopniu referencyjnym 	<ul style="list-style-type: none"> Liczba opracowanych i wdrożonych standardów postępowania klinicznego. 	Liczba łóżek neonatologicznych w ośrodkach II stopnia referencyjnego jest obecnie niezadawalająca. W województwie funkcjonują jedynie 2 takie oddziały. Powoduje to nadmierne obłożenie łóżek w ośrodkach o III stopniu referencyjnym i ograniczenie dostępności do świadczeń opieki stacjonarnej z zakresu patologii o średnim nasileniu, zwłaszcza dla noworodków, u których konieczna jest powtórna hospitalizacja.	

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

Lp	Priorytet	Cel	Horyzont - Czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie	Punkty
		Poprawa dostępności do świadczeń szpitalnych z zakresu leczenia chorób rzadkich i uwarunkowanych genetycznie.		<ul style="list-style-type: none"> Utworzenie oddziału o profilu diagnostycznym i leczniczym. 	<ul style="list-style-type: none"> Liczba oddziałów w stosunku do 2014 r. Liczba udzielonych świadczeń w stosunku do 2014r. 	Liczba niemowląt z zakończoną w I lub II kwartale życia diagnostyką chorób rzadkich jest niezadawalająca. Jednocześnie zwiększona liczba wykonywanych badań prenatalnych oraz rozszerzone pourodzeniowe przesiewowe badania metaboliczne, a także planowane wprowadzenie badań przesiewowych w kierunku wrodzonego przerostu nadnerczy, stwarza konieczność weryfikacji nieprawidłowych wyników badań w warunkach opieki stacjonarnej.	
13	Rozwój nowych technologii medycznych	Tworzenie innowacyjnych rozwiązań, zwiększenie dostępności do wysokiej jakości sprzętu medycznego, rozwój cyfrowej informacji medycznej i jakości e-usług świadczonych dla pacjentów. Podniesienie jakości świadczonych usług zdrowotnych poprzez wspieranie rozwoju technologicznego i innowacji w ochronie zdrowia.	Do 2020 r.	<ul style="list-style-type: none"> Modernizacja zużytej bazy i sprzętu medycznego. Zwiększenie liczby świadczeń zdrowotnych przy użyciu nowoczesnych technik terapeutycznych. 	<ul style="list-style-type: none"> Liczba pacjentów objętych nowoczesnymi technikami terapeutycznymi w stosunku do 2014 r. Czas oczekiwania na realizację świadczenia w stosunku do 2014 r. 	Konieczność doskonalenia jakości danych dotyczących m.in. informacji o stanie infrastruktury medycznej, rejestrach medycznych dedykowanych określonym jednostkom chorobowym oraz identyfikację tzw. „białych plam” w opiece zdrowotnej.	275
14	Chirurgia ogólna (chirurgia jednego dnia)	Zwiększenie dostępności do świadczeń diagnostycznych w ramach procedury jednego dnia.	Do 2018 r.	<ul style="list-style-type: none"> Realizacja świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem istniejącej w podmiotach leczniczych bazy. 	<ul style="list-style-type: none"> Liczba wykonanych świadczeń zdrowotnych w ramach procedury jednego dnia w stosunku do 2014 r. 	Zwiększenie dostępności i zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjenta oraz poprawa komfortu i jakości życia pacjentów. Oszczędności finansowe dla świadczeniodawcy.	274
15	Angiologia	Poprawa dostępności do kompleksowej, skoordynowanej opieki angiologicznej. Równomierna alokacja poradni angiologicznych w województwie.	Do 2021 r.	<ul style="list-style-type: none"> Utworzenie regionalnego ośrodka angiologicznego Utworzenie sieci poradni dla pacjentów z ranami przewlekłymi. Doposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną w oddziałach i poradniach angiologicznych. Zapewnienie kompleksowej opieki nad pacjentem, skoordynowanej w warunkach ambulatoryjnych obejmującej opiekę angiologiczną i diabetologiczną. Rozwój współpracy z pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej zapewniającą kontynuację zabiegów w warunkach domowych. 	<ul style="list-style-type: none"> Czas oczekiwania na świadczenia w stosunku do 2014 r. Liczba udzielonych porad w stosunku do 2014 r. Liczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów hospitalizowanych w 2014 r. Stopień satysfakcji pacjentów. Liczba skarg wniesionych przez pacjentów lub ich rodziny. 	Z uwagi na niedostateczną liczbę poradni angiologicznych i brak kompleksowej opieki nad pacjentem zasadne jest tworzenie takich ośrodków. Biorąc pod uwagę wyspospecjalistyczne świadczenia zdrowotne realizowane przez wyspecjalizowaną kadrę medyczną koncentrowanie takich usług w regionalnym ośrodku angiologicznym jest zasadne.	271

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

Lp	Priorytet	Cel	Horyzont - Czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie	Punkty
16	Chirurgia ogólna	Poprawa standardów i jakości świadczeń zdrowotnych operacyjnych.	Do 2020 r.	<ul style="list-style-type: none"> Modernizacja zasobów infrastrukturalnych oddziałów szpitalnych w zakresie bloków operacyjnych. 	<ul style="list-style-type: none"> Liczba zakupionego sprzętu i aparatury medycznej. Wskaźnik zakażeń szpitalnych na 100 wypisanych pacjentów w stosunku do 2014 r. 	W województwie dolnośląskim w znacznej mierze podmioty lecznicze posiadają zdekapitalizowaną infrastrukturę wymagającą gruntownych remontów i modernizacji. Konieczne jest zmniejszenie liczby zdarzeń niepożądanych.	271
17	Ortopedia i chirurgia dziecięca	Poprawa dostępności do wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych z zakresu ortopedii i chirurgii dziecięcej.	Do 2020 r.	<ul style="list-style-type: none"> Utworzenie oddziału ortopedii i chirurgii dziecięcej Utworzenie centrum urazowego dla dzieci. 	<ul style="list-style-type: none"> Liczba opracowanych i wdrożonych standardów postępowania klinicznego. Liczba utworzonych oddziałów lub liczba osób objętych leczeniem w stosunku do 2014 r. 	Liczba lekarzy specjalistów jest niewystarczająca w stosunku do potrzeb systemu. Konieczne jest zwiększenie atrakcyjności pracy w tym sektorze ochrony zdrowia, by zwiększyć zatrudnienie młodej kadry lekarskiej w regionie.	271
		Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych i jakości opieki w zakresie chirurgii dziecięcej wad wrodzonych narządu ruchu. Zwiększenie zakresu usług zabiegowych.	Do 2020 r.	<ul style="list-style-type: none"> Utworzenie ośrodka chirurgii dziecięcej wad wrodzonych narządu ruchu. 	<ul style="list-style-type: none"> Stopień satysfakcji pacjentów. Liczba wniesionych skarg przez pacjentów i ich rodziny. Liczba pacjentów oczekujących na świadczenie zdrowotne w stosunku do 2014 r. 	Istniejące w Polsce ośrodki nie są w stanie zaspokoić potrzeb zdrowotnych małych pacjentów. Zapewnienie finansowania świadczeń zdrowotnych przez płatnika publicznego, wzmocni kompleksową opiekę nad pacjentem. Konieczne zwiększenie ilości poradni i zatrudnienia lekarzy specjalistów poprzez odpowiednie motywy, głównie finansowe, wdrożenie ścieżek awansu zawodowego.	
18	Położnictwo i ginekologia	Poprawa dostępności i jakości opieki nad kobietą w ciąży, rodzącą i noworodkiem. Poprawa realizacji standardów opieki okołoporodowej. Poprawa dostępności do podmiotów leczniczych zapewniających konsultacje i szybką diagnostykę.	do 2020 r.	<ul style="list-style-type: none"> Utworzenie ambulatoryjnych ośrodków szybkiej diagnostyki ginekologiczno-położniczej. 	<ul style="list-style-type: none"> Wskaźnik umieralności okołoporodowej w stosunku do 2014 r. Stopień satysfakcji pacjentów Liczba wniesionych skarg przez pacjentów i ich rodziny. Liczba pacjentów oczekujących na świadczenie w stosunku do 2014r. Czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne w stosunku do 2014r. . 	Realizacja celów zawartych w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2012-2016.	268

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

Lp	Priorytet	Cel	Horyzont - Czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie	Punkty
		Dostosowanie liczby łóżek do przewidywanej populacji.		<ul style="list-style-type: none"> Likwidacja oddziałów o niewielkim obłożeniu i niskiej liczbie porodów, tj. poniżej 400 w danym roku. 	<ul style="list-style-type: none"> Wskaźnik umieralności okołoporodowej w stosunku do 2014 r. 		
		Zwiększenie roli oddziałów o III stopniu referencyjnym, w szczególności oddziałów klinicznych.		<ul style="list-style-type: none"> Doposażenie oddziałów świadczących usługi zdrowotne III stopnia referencyjności, w wysokospecjalistyczny sprzęt i aparaturę medyczną. 	<ul style="list-style-type: none"> Liczba cięć cesarskich w stosunku do 2014 r. 		
19	Kardiologia	Poprawa dostępności do specjalistycznej opieki kardiologicznej.	Do 2020 r.	<ul style="list-style-type: none"> Skrócenie czasu oczekiwania na realizację świadczenia. Upowszechnianie ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej. 	<ul style="list-style-type: none"> Liczba udzielonych świadczeń w stosunku do 2014 r. Czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne w stosunku do 2014 r. 	W województwie dolnośląskim obserwuje się znacznie wydłużony czas oczekiwania na świadczenia z zakresu ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej. Powoduje to konieczność korzystania przez pacjentów ze świadczeń komercyjnych oraz narastanie niepełnosprawności i wykluczenia społecznego.	266
20	Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	Poprawa standardów i jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentom z urazami wielomiejscowymi, urazami miednicy i kręgosłupa. Poprawa jakości życia chorych po urazach i amputacjach.	Do 2020 r.	<ul style="list-style-type: none"> Utworzenie oddziałów specjalizujących się w leczeniu tych schorzeń na bazie istniejących podmiotów leczniczych. Zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacji ruchowej. 	<ul style="list-style-type: none"> Liczba opracowanych i wdrożonych standardów postępowania klinicznego. Liczba utworzonych oddziałów lub osób objętych opieką medyczną w stosunku do 2014r. 	Konieczne jest zwiększenie liczby łóżek specjalistycznych, co w konsekwencji zapewni pacjentowi powrót do samodzielności, czynnej pracy zawodowej i poprawę jakości życia.	259
21	Chirurgia dziecięca	Poprawa dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii dziecięcej. Wzmocnienie kompleksowej opieki nad pacjentem pediatrycznym. Zmniejszenie wskaźnika śmiertelności pourazowej u dzieci na Dolnym Śląsku.	Do 2020 r.	<ul style="list-style-type: none"> Optymalizacja liczby łóżek zabiegowych w pediatrii. 	<ul style="list-style-type: none"> Wskaźnik obłożenia łóżek. Liczba pacjentów oczekujących na świadczenie zdrowotne w stosunku do 2014 r. Czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne. 	Realizacja założeń wynikających z mapy potrzeb zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego dla województwa dolnośląskiego. Poprawa wskaźników obłożenia łóżek.	256

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

Lp	Priorytet	Cel	Horyzont - Czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie	Punkty
22	Reumatologia	Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych zapewniających szybką diagnostykę reumatologiczną w ramach leczenia ambulatoryjnego.	Do 2020 r.	<ul style="list-style-type: none"> • Utworzenie 1. lub 2. ośrodków wczesnego wykrywania i leczenia zapalenia stawów, szczególnie w mniejszych aglomeracjach. • Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, poprzez przesunięcie ciężaru finansowania świadczeń z opieki stacjonarnej. 	<ul style="list-style-type: none"> • Czas oczekiwania na realizację świadczeń zdrowotnych w stosunku do 2014 r. • Liczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów objętych opieką w opiece stacjonarnej w 2014 r. 	Wdrożenie szybkiej diagnostyki reumatologicznej w trybie ambulatoryjnym przyczyni się do uniknięcia lub skrócenia czasu hospitalizacji i związanych z leczeniem powikłań (ortopedyczne zabiegi naprawcze, osteoporoza i inne), a także skrócenia czasu oczekiwania na hospitalizację. Przesunięcie ciężaru finansowego z HOS do AOS spowoduje obniżenie kosztów dla płatnika.	250
23	Zwiększenie skuteczności promocji zdrowia i profilaktyki schorzeń cywilizacyjnych	Zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń cywilizacyjnych: chorób naczyniowo – sercowych, cukrzycy, otyłości, chorób układu oddechowego, chorób ortopedyczno – urazowych i reumatycznych oraz chorób nowotworowych.	Średnio- i długookresowy.	<ul style="list-style-type: none"> • Wykorzystanie infrastruktury leczenia uzdrowskiego jako miejsca utrzymania i regeneracji zdrowia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Liczba osób objętych działaniami profilaktycznymi w stosunku do 2014 r. 	Ważnym kierunkiem działania medycyny uzdrowskiej jest także rehabilitacja uzdrowska, która ma cechy swoiste, odróżniające od rehabilitacji prowadzonej w innych zakładach leczniczych – rehabilitacja uzdrowska łącznie z tradycyjnymi formami fizjoterapii wykorzystuje naturalne metody lecznicze jakimi dysponuje dane uzdrowsko i niejednokrotnie jako jedyna umożliwia skuteczną profilaktykę i rehabilitację dużej grupy schorzeń cywilizacyjnych, w tym schorzeń naczyniowych i metabolicznych.	250
		Propagowanie zdrowego stylu życia.		<ul style="list-style-type: none"> • Promocja, edukacja i profilaktyka zdrowotna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Liczba wdrożonych programów promocji zdrowia i profilaktyki chorób cywilizacyjnych. 	Większość chorób przewlekłych, które są najczęstszą przyczyną zgonów, można korzystnie leczyć w uzdrowsku, ponieważ stosowane metody lecznicze z zakresu balneologii i medycyny fizykalnej nie wywołują istotnych skutków ubocznych i są stosunkowo tanie.	
		Zmniejszenie poziomu umieralności w grupach największego ryzyka.		<ul style="list-style-type: none"> • Zwiększenie finansowania z przeznaczeniem na działania profilaktyczne. • Zwiększenie zakresu i dostępności społeczeństwa do uczestnictwa w programach zdrowotnych. 			

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

Lp	Priorytet	Cel	Horyzont - Czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie	Punkty
24	Immunologia kliniczna	Rozwój immunologii klinicznej. Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych.	Do 2018 r.	<ul style="list-style-type: none"> Zwiększenie liczby łóżek w zakresie immunologii klinicznej w istniejącym podmiocie leczniczym lub w innym kompleksie zapewniającym dostęp do specjalistycznych badań i wyspecjalizowanej kadry medycznej. 	<ul style="list-style-type: none"> Liczba utworzonych łóżek w stosunku do 2014r. Liczba osób objętych opieką medyczną w stosunku do 2014 r. 	W województwie dolnośląskim brak jest dobrze rozwiniętej bazy szpitalnej zapewniającej świadczenia zdrowotne z zakresu immunologii klinicznej. Szczególnie pożądane jest zapewnienie lepszej dostępności dla pacjentów "pediatrycznych" z pierwotnymi niedoborami odporności przechodzących pod opiekę internistyczną.	232
		Zwiększenie dostępności do programu lekowego "Leczenie substytucyjne preparatami immunoglobulin". Zapewnienie kompleksowej opieki nad pacjentami z pierwotnym niedoborem odporności.	Do 2018 r.	<ul style="list-style-type: none"> Zapewnienie możliwości leczenia substytucyjnego w ramach oddziałów chorób wewnętrznych zlokalizowanych w niedalekiej odległości od miejsca zamieszkania pacjenta zapewnienie możliwość realizacji terapii lekowej w środowisku domowym pacjenta. 	<ul style="list-style-type: none"> Liczba zrealizowanych programów lekowych w stosunku do 2014 r. Liczba pacjentów objętych świadczeniami zdrowotnymi w stosunku do 2014r. 	Wprowadzenie terapii lekowej zapewni skrócenie czasu hospitalizacji pacjenta, umożliwi kontynuowanie pracy zawodowej, poprawi jakość życia, a także udoskonali procedury kwalifikacji pacjenta do leczenia.	

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

Lp	Priorytet	Cel	Horyzont - Czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie	Punkty
25	Dermatologia	Zwiększenie dostępności do diagnostyki dermatologiczno -wenerologicznej (w tym pacjentom poniżej 18 roku życia).	Do 2020 r.	<ul style="list-style-type: none"> • Zwiększenie nakładów finansowych na świadczenia zdrowotne. • Utworzenie poradni dermatologiczno-wenerologicznych. • Utworzenie oddziału dermatologiczno-pediatrycznego. 	<ul style="list-style-type: none"> • Liczba pacjentów objętych leczeniem ambulatoryjnym w stosunku do liczby chorych hospitalizowanych w danym roku. • Liczba opracowanych i wdrożonych standardów postępowania klinicznego. • Liczba udzielonych hospitalizacji w stosunku do 2014 r. • Stopień satysfakcji pacjentów. • Liczba skarg wniesionych przez pacjentów i ich rodziny 	W województwie dolnośląskim obserwuje się poważnie utrudniony dostęp do diagnostyki i leczenia pacjentów ze schorzeniami dermatologiczno- wenerologicznymi, szczególnie poniżej 18 roku życia.	216