ZARZĄDZENIE NR 580

WICEWOJEWODY DOLNOŚLĄSKIEGO

z dnia 31 grudnia 2018 r.

w sprawie ustalenia Priorytetów dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej województwa dolnośląskiego na okres od dnia 1 stycznia 2019 r. do dnia 31 grudnia 2021 r.

Na podstawie art. 95c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz. U. z 2018 r., poz. 1510) w związku z art. 17 ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 2234) zarządzam co następuje:

§ 1

1. Ustalam z dniem 31 grudnia 2018 r. *Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej województwa dolnośląskiego na okres od dnia 1 stycznia 2019 r. do dnia 31 grudnia 2021 r.*
2. Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej województwa dolnośląskiego na okres od dnia 1 stycznia 2019 r. do dnia 31 grudnia 2021 r. stanowią załącznik do niniejszego Zarządzenia.

§ 2

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

WICEWOJEWODA DOLNOŚLĄSKI

Kamil Krzysztof Zieliński

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

na okres

od dnia 1 stycznia 2019r. do dnia 31 grudnia 2021r.

Zatwierdzam: Wicewojewoda Dolnośląski
Kamil Krzysztof Zieliński

Wrocław, 31 grudnia 2018 r.

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO na lata 2019 -2021

Lp	Priorytet	Cel	Horyzont - Czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie	Punkty
1	**Szkolenie kadr medycznych**	1. Zapewnienie optymalnej dostępności i jakości świadczeń opieki zdrowotnej. 2. Poprawa kompleksowości realizacji świadczeń zdrowotnych	Do 2021 r.	• Kształcenie lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów i innych specjalistów mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w szczególności w priorytetowych specjalizacjach, tj.: onkologii, geriatrii, medycyny ratunkowej, ortopedii i traumatologii, psychiatrii, psychiatrii dzieci i młodzieży, diabetologii, endokrynologii, gastroenterologii dziecięcej, neurologii, chirurgii dziecięcej, angiologii i chirurgii naczyniowej, neonatologii, farmacji szpitalnej i klinicznej.	• Liczba miejsc specjalizacyjnych • Liczba wykształconych lekarzy specjalistów, pielęgniarek, farmaceutów, • Liczba specjalistów w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, • Liczba lekarzy podejmujących specjalizację w zakresie neonatologii w stosunku do 2018 r. • Liczba pielęgniarek podejmujących pracę/ edukację w zakresie neonatologii w stosunku do 2018 r. • Liczba wykształconych specjalistów w odniesieniu do liczby wykształconej kadry w 2016r.	Zwiększenie dostępności do specjalistycznych usług w priorytetowych obszarach medycyny powinno poprawić jakość świadczeń, skuteczność i tym samym powinno wpłynąć na poprawę wskaźników oceniających opiekę zdrowotną . Aktualnie obserwuje się zwiększenie liczby wakujących etatów wykwalifikowanej kadry medycznej. Skutkuje to spadkiem dostępności i jakości usług opieki zdrowotnej i znacznie dłuższym czasem oczekiwania na realizację świadczenia zdrowotnego. Wpływa to bezpośrednio na skuteczność opieki medycznej i stan zdrowia populacji. Konieczność kształcenia opiekunów medycznych, którzy uzupełnią brakującą kadrę pielęgniarską. Kształcenie lekarzy i pielęgniarek w dziedzinie opieki paliatywnej i geriatrii. Konieczność kształcenia specjalizacyjnego farmaceutów szpitalnych i klinicznych, którzy zapewnią prawidłową nadzór nad produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w szpitalach, oraz zwiększą nadzór nad bezpieczeństwem terapii pacjenta.	**234**
2	**Onkologia**	1. Poprawa jakości i dostępności do usług zdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem kompleksowości tych świadczeń.	Do 2021 r.	• Sukcesywne zwiększanie lub modernizowanie istniejących zasobów infrastrukturalnych, ze szczególnym uwzględnieniem budowy szpitala o profilu onkologicznym, • Uruchomienie oddziałów hematologicznych w regionie wałbrzyskim i jeleniogórskim, • Urealnienie zasad finansowania procedur medycznych związanych z procesem diagnostyczno-leczniczym w przypadku nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego, • Urealnienie zasad finansowania procedur medycznych w odniesieniu do usług paliatywno-hospicyjnych, • Utworzenie „centrów doskonałości". • Utworzenie Pracowni Leków Cytotoksycznych, • Utworzenie Pracowni przygotowywania radiofarmaceutyków.	• Stopień satysfakcji pacjentów, • Liczba skarg wniesionych przez pacjentów i ich rodziny, • Liczba pacjentów oczekujących na świadczenia zdrowotne w stosunku do 2016 r., • Realizacja zaplanowanych prac inwestycyjnych i modernizacyjnych zgodnie z przyjętym harmonogramem, • Liczba zrealizowanych świadczeń opieki zdrowotnej, w tym także w ramach kompleksowych terapii (leczenie skojarzone).	Choroby nowotworowe statystycznie stanowią 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. Wobec takich prognoz należy stworzyć warunki zapewniające pacjentom optymalny dostęp do leczenia skojarzonego, z wykorzystaniem najnowszych standardów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, w tym szczególnie do świadczeń z zakresu radioterapii onkologicznej.	**221**

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO na lata 2019 -2021

Lp	Priorytet	Cel	Horyzont - Czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie	Punkty
		2. Stworzenie optymalnych warunków zapewniających szeroko pojętą koordynację opieki onkologicznej. 3. Poprawa efektywności stosowanych terapii onkologicznych.	Do 2021 r.	• Utworzenie i wdrożenie Regionalnego Programu Zdrowotnego uwzględniającego podmioty realizujące opiekę onkologiczną, z jednoczesnym wyodrębnieniem centralnej jednostki koordynującej merytorycznie na terenie województwa. • Monitorowanie efektywności realizacji wdrożonego pakietu onkologicznego.	• Liczba zrealizowanych świadczeń z zakresu chemioterapii w stosunku do roku 2016 r., • Liczba zrealizowanych świadczeń z zakresu chirurgii onkologicznej w stosunku do roku 2016 r., • Liczba powikłań/zdarzeń niepożądanych występujących w jednostkach włączonych do Regionalnego Programu Zdrowotnego , • Czas realizacji „ścieżki onkologicznej" uruchomionej w ramach wdrożonego pakietu onkologicznego.	Konieczność zapewnienia pacjentom optymalnego dostępu do terapii onkologicznych. Zasadne jest poprawa racjonalności wydatkowania środków finansowych przeznaczonych na świadczenia z zakresu farmakoterapii i chirurgii onkologicznej.	
		4.Zwiększenie skuteczności działań profilaktycznych i diagnostycznych w zakresie opieki onkologicznej.	Do 2021 r.	• Intensyfikacja współpracy z lekarzami POZ i AOS, w tym organizacja szkoleń w obszarze onkologii. • Zwiększenie efektywności funkcjonujących poradni onkologicznych. • Rozwój i poprawa jakości diagnostyki onkologicznej.	• Liczba pacjentów dysponujących kartą DILO w ramach pakietu onkologicznego. • Liczba świadczeń udzielonych w poradniach onkologicznych, w stosunku do 2016r. • Procent realizowanych badań diagnostycznych zgodnych z obowiązującymi standardami.	Pomimo wdrożenia pakietu onkologicznego, nadal obserwuje się zbyt późną wykrywalność chorób nowotworowych i utrudniony dostęp do specjalisty onkologa. Odnosi się do pacjentów, u których wykryto nowotwór, jak tych, którzy zakończyli leczenie i podlegają 5-letniejobserwacji. Nadal stwierdza się utrudniony dostęp do optymalnej, zgodnej ze standardami w zakresie diagnostyki onkologicznej.	

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO na lata 2019 -2021

Lp	Priorytet	Cel	Horyzont - Czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie	Punkty
3	**Medycyna ratunkowa**	1. Poprawa efektywności i dostępności opieki w stanach zagrożenia życia. 2. Optymalizacja świadczeń udzielanych w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych (SOR).	Do 2021 r.	• Usprawnienie ratowniczych działań medycznych w przypadku wystąpienia zagrożenia zdrowia i życia pacjentów. • Utworzenie co najmniej 2 oddziałów ratunkowych dla dzieci w szpitalach pełnoprofilowych pediatrycznych. • Utworzenie obszarów operacyjno – zadaniowych dla zespołów ratownictwa medycznego: udarowych i kardiologicznych. • Zapewnienie dostępności zespołów ratownictwa medycznego mogących transportować pacjentów ze znaczną otyłością. • Zwiększenie kadry lekarsko-pielęgniarskiej w SOR. • Urealnienie wyceny przez płatnika świadczeń usług realizowanych w SOR.	• 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. Brak jest w województwie oddziałów ratunkowych dla dzieci w pełnoprofilowych szpitalach pediatrycznych Rosnącym problemem jest możliwość transportu pacjentów otyłych do szpitali bez angażowania innych służb publicznych (PSP,OSP,Policja).	**210**

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO na lata 2019 -2021

Lp	Priorytet	Cel	Horyzont - Czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie	Punkty
4	**Rehabilitacja**	1. Zwiększenie dostępności do wczesnej, kompleksowej i nowoczesnej rehabilitacji. 2. Zmniejszenie skutków wypadków i urazów prowadzących do niepełnosprawności i trwałej utraty zdrowia. 3. Rozwój wczesnej rehabilitacji onkologicznej realizowanej przez ośrodki onkologiczne.	Do 2021 r.	• 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 po hospitalizacji w warunkach ambulatoryjnych. • Odtworzenie liczby redukowanych łóżek „interwencyjnych" w oddziałach i pododdziałach rehabilitacyjnych. • Racjonalne wykorzystanie zasobów i potencjału zakładów lecznictwa uzdrowiskowego w programach kompleksowej rehabilitacji stacjonarnej, dziennej i ambulatoryjnej. • Tworzenie zaplecza do świadczeń rehabilitacyjnych / fizjoterapii ambulatoryjnej, w podstawowej opiece zdrowotnej. • Zwiększenie nakładów finansowych na świadczenia rehabilitacyjne uznawane jako kontynuacja leczenia „ostrego".	• Średni czas oczekiwania na rehabilitacyjne świadczenia stacjonarne dla przypadków „pilnych" w stosunku do 2016 r. (nie powinien przekraczać 2 miesięcy). • Średni czas hospitalizacji w jednostkach chorobowych kwalifikujących się do wczesnej rehabilitacji w stosunku do 2016 r. • Średni czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacyjne ambulatoryjne (dla przypadków „pilnych" i „stabilnych"). • Wskaźnik obłożenia łóżek rehabilitacyjnych w stosunku do 2016r. • Liczba świadczeń ambulatoryjnych udzielonych w stosunku do 2016 r.	Wczesne rozpoczęcie rehabilitacji zapewnia optymalne efekty leczenia, dlatego też pacjenci winni mieć zapewniony 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 w oddziałach interwencyjnych). Dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych w ramach świadczeń kontraktowanych z NFZ zarówno w warunkach stacjonarnych jak i ambulatoryjnych jest znikoma, z uwagi na niedostateczna liczbę specjalistycznych ośrodków i limitowanie tych świadczeń.	**207**
5	**Geriatria**	1. Dostosowanie usług zdrowotnych do wyzwań demograficznych. 2. Rozwój i poprawa dostępności do kompleksowej opieki nad osobami przewlekle chorymi i starszymi oraz wymagającymi opieki paliatywnej i hospicyjnej.	Do 2021r.	• Zwiększenie liczby oddziałów o profilu geriatrycznym , paliatywnym i hospicyjnym, • Reorganizacja oddziałów chorób wewnętrznych w regionach, w których występuje niedobór łóżek geriatrycznych. • Zwiększenie liczby zakontraktowanych świadczeń w rodzaju opieka paliatywno-hospicyjna zarówno stacjonarna jak i ambulatoryjna (hospicjum domowe).	• Liczba utworzonych oddziałów w stosunku do 2016 r. • Liczba łóżek i wskaźnik ich obłożenia, wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców.	Województwo dolnośląskie charakteryzuje się ujemną wartością wskaźnika przyrostu naturalnego. Prognozy wskazują, że ludność Dolnego Śląska będzie starzeć się intensywniej niż pozostała ludność kraju. 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. Zbyt mała liczba łóżek geriatrycznych i paliatywnych powoduje, wydłużanie okresów nieuzasadnionych hospitalizacji pacjentów w ramach oddziałów szpitalnych, co powoduje dramatyczny brak miejsc internistycznych .	**198**

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO na lata 2019 -2021

Lp	Priorytet	Cel	Horyzont - Czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie	Punkty
		3. Rozwój, poprawa dostępności i do wczesnej rehabilitacji osób po udarach i osób starszych. 4. Przeciwdziałanie nadmiernie wydłużonej hospitalizacji pacjentów. 5. Poprawa dostępności do opieki pielęgniarskiej długoterminowej w domu chorego.	Do 2021r.	• Urealnienie wyceny świadczeń zdrowotnych przez płatnika świadczeń z zakresu opieki geriatrycznej, paliatywnej i hospicyjnej oraz świadczeń pielęgniarskiej opieki długoterminowej (zastosowanie przelicznika w zależności od stopnia występowania wielochorobowości lub wieku pacjenta powyżej 80 lat). • Wdrażanie form opieki: hospicjum domowe i stacjonarne. • Zwiększenie liczby łóżek rehabilitacyjnych.	• Średni czas oczekiwania seniorów na świadczenie rehabilitacyjne w stosunku do 2016 r. • Wskaźnik wykorzystania łóżek rehabilitacyjnych w stosunku do 2016 r.	Zbyt długie terminy oczekiwania na realizację świadczeń z zakresu rehabilitacji stacjonarnej powodują znaczny spadek sprawności psychofizycznej osób w wieku podeszłym i chorych przewlekle. Stworzenie warunków zapewniających pobyt pacjentom przewlekle chorym i niepełnosprawny w środowisku wymiernie obniży nakłady finansowe w systemie ochrony zdrowia.	
		6. Poprawa dostępności do pozaszpitalnych form opieki geriatrycznej (deinstytucjonalizacja).		• Optymalizacja miejsca leczenia seniorów, poprzez „przesunięcie" pacjentów grupy senioralnej z leczenia w oddziałach rehabilitacji stacjonarnej do leczenia w jednostkach organizacyjnych dostosowanych do specyfiki schorzeń i potrzeb w tym zakresie. • Tworzenie nowych form opieki długoterminowej. • Utworzenie poradni geriatrycznych. • Utworzenie poradni leczenia chorób neurodegeneracyjnych. • Utworzenie ośrodka konsultacyjno-informacyjnego. • Wdrażanie modeli deinstytucjonalizacji opieki nad osobami starszymi, np. utworzenie Dziennych Domów Opieki Medycznej. • Wsparcie opiekunów środowiskowych (opieka domowa) poprzez personel medyczny (lekarz, pielęgniarka farmaceuta).	• Liczba utworzonych poradni w stosunku do 2016 r. • Liczba udzielonych świadczeń zdrowotnych w stosunku do 2016 r. • Liczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów objętych opieką stacjonarną w danym roku. • Liczba utworzonych Dziennych Domów Opieki Medycznej w stosunku do 2016 r.	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. Istotne jest merytoryczne przygotowanie opiekunów medycznych osób starszych do opieki w warunkach środowiskowych.	

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO na lata 2019 -2021

Lp	Priorytet	Cel	Horyzont - Czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie	Punkty
6	**Pediatria**	1. Poprawa dostępności i jakości świadczeń opieki stacjonarnej . 2. Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych w ramach procedury jednego dnia.	Do 2021 r.	• Utworzenie oddziału pediatrycznego (typ „matka z dzieckiem"/ utworzenie Zintegrowanego Centrum Pediatrycznego. • Utworzenie poradni pediatrycznych. • Utworzenie oddziału opieki paliatywnej dla dzieci. • Zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych i szkoleniowych w dziedzinie gastroenterologii dziecięcej. • Utworzenie w Zintegrowanym Centrum Pediatrycznym Pracowni przygotowywania leków pediatrycznych. • Wykorzystanie potencjału sprzętowego i kadrowego w istniejących oddziałach pediatrycznych w dużych kompleksach szpitalnych.	• Liczba utworzonych oddziałów i poradni w stosunku do liczby funkcjonujących w 2016 r. • Stopień satysfakcji pacjentów, • Liczba wniesionych skarg. • Liczba udzielonych świadczeń zdrowotnych w ramach procedury jednego dnia stosunku do liczby w 2016 r.	Z mapy potrzeb zdrowotnych wynika, że zasadne jest racjonalizowanie liczby łóżek w oddziałach pediatrycznych. Zgodnie z opinią Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pediatrii nie istnieją racjonalne przesłanki do redukcji liczby łóżek pediatrycznych w województwie. Ich wykorzystanie związane jest z sezonowością zachorowań. Umożliwienie powstania poradni przyszpitalnych zapewni zmniejszenie nie tylko liczby porad specjalistycznych, ale również nieuzasadnionych wizyt w izbach przyjęć czy SOR. Utworzenie oddziałów o typie „matka z dzieckiem" zapewni komfort pacjentom i ich rodzinom. W województwie brak jest oddziału opieki paliatywnej dla dzieci, który zabezpieczałby świadczenia zdrowotne dzieciom niepodlegającym opiece hospicyjnej w regionie. Województwo dolnośląskie jako jedno z zaledwie 4 w kraju, nie dysponuje Zintegrowanym Centrum Pediatrycznym. Świadczenia medyczne w dziedzinie pediatrii udzielane są w strukturze rozproszonej pomiędzy podmiotami, co przy niewystarczającym zapleczu diagnostycznym i usługowym, nie zapewnia kompleksowości udzielanych świadczeń i istotnie wydłuża proces diagnostyczno-leczniczy, generując znaczne i de facto zbędne koszty, wynikające chociażby konieczność przekazywania pacjentów między podmiotami leczniczymi. Zwiększenie komfortu fizycznego i psychicznego pacjenta i jego bliskich (działania prorodzinne) oraz korzyści finansowe dla podmiotu leczniczego.	**183**

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO na lata 2019 -2021

Lp	Priorytet	Cel	Horyzont - Czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie	Punkty
7	**Choroby wewnętrzne**	1. Poprawa warunków hospitalizacji pacjentów. 2. Zwiększenie obsady kadry medycznej. 3. Poprawa dostępności i jakości neurologicznej opieki zdrowotnej.	Do 2021 r.	• Zwiększenie liczby oddziałów internistycznych w podmiotach leczniczych funkcjonujących w dużych aglomeracjach miejskich i, optymalizacja ich wykorzystania. • Urealnienie wyceny internistycznych procedur medycznych. • Optymalizacja wydatków finansowych na te świadczenia (finansowanie po wykorzystaniu limitów). • Globalnie zwiększenie środków. • Zwiększenie liczby łóżek w oddziałach neurologicznych. • Utworzenie specjalistycznych pracowni neuroradiologii interwencyjnej. • Poprawa dostępności do badań diagnostycznych w warunkach ambulatoryjnych.	• Liczba utworzonych oddziałów internistycznych w stosunku do 2016r. • Liczba osób hospitalizowanych w stosunku do 2016 r. • Liczba zatrudnionej kadry medycznej w stosunku do 2016 r. • Liczba łóżek specjalistycznych • Liczba osób hospitalizowanych w stosunku do 2016 r. • Liczba kadry medycznej w stosunku do 2016r.	Starzejąca się populacja w województwie dolnośląskim spowoduje istotny brak miejsc w oddziałach geriatrycznych, co bezpośrednio związane jest ze wzrostem hospitalizacji w oddziałach internistycznych. Konieczne jest zwiększenie zatrudnienia lekarzy specjalistów poprzez wprowadzenie odpowiednich motywatorów, (głównie finansowe), a także ścieżek awansu zawodowego. W województwie dolnośląskim od lat obserwuje się wydłużony okres oczekiwania na planowaną hospitalizację. U osób w wieku podeszłym częściej diagnozuje się występowanie schorzeń naczyniopochodnych (głownie udary krwotoczne i niedokrwienne) oraz zwyrodnienie mózgu. Zatem konieczne jest zwiększenie dostępności do wczesnego leczenia chorych z udarem i z możliwością pilnego zastosowania terapii trombolitycznej lub trombektomii.	**180**
8	**Neonatologia i perinatologia (opieka nad matką i dzieckiem)**	1. 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-niedokrwienną oraz wadami rozwojowymi, w okresie do 36 miesiąca życia.	Do 2021r.	• Tworzenie wielospecjalistycznych poradni neonatologicznych, na bazie istniejących poradni w dużych ośrodkach neonatologicznych, z dostępem do wielu dziedzin specjalistycznych.	• Liczba utworzonych poradni wielospecjalistycznych w stosunku do 2016 r. • Liczba zakupionego sprzętu i aparatury medycznej. • Liczba noworodków objętych opieką wielospecjalistyczną, w stosunku do 2016 r.	Liczba noworodków wymagających opieki wielospecjalistycznej wzrasta w związku ze zwiększoną przeżywalnością. Poprawa specjalistycznej opieki ambulatoryjnej nad tą populacją wpłynie korzystnie na ich zdrowotność i poprawę jakość życia.	**178**
		2. Poprawa jakości opieki nad noworodkiem.		• Utworzenie poradni laktacyjnych. • Popularyzacja karmienia naturalnego.	• Liczba niemowląt karmionych naturalnie przez 6 miesięcy życia w stosunku do 2016 r.	Konieczność podniesienia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych i obniżenie wskaźników umieralności poporodowej noworodków, skrócenie czasu hospitalizacji, a także wcześniejsze włączenie żywienia enteralnego.	

Lp	Priorytet	Cel	Horyzont - Czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie	Punkty
		3. Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych w obszarze II stopnia referencyjnego oraz w zakresie patologii noworodka. 4. Racjonalizacja wykorzystania łóżek szpitalnych.	Do 2021r.	• 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	• 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.	
		5. Poprawa dostępności do świadczeń szpitalnych z zakresu leczenia chorób rzadkich i uwarunkowanych genetycznie.		• Utworzenie oddziału o profilu diagnostycznym i leczniczym. • Rozwój form wczesnego wykrywania wad rozwojowych.	• Liczba oddziałów w stosunku do 2016 r. • Liczba udzielonych świadczeń w stosunku do 2016r.	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.	
9	**Ortopedia i chirurgia dziecięca**	1. Poprawa dostępności do wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych z zakresu ortopedii i chirurgii dziecięcej oraz urazów wielonarządowych . 2. Zmniejszenie wskaźnika śmiertelności pourazowej u dzieci.	Do 2021 r.	• Utworzenie oddziału ortopedii i chirurgii dziecięcej.	• Liczba opracowanych i wdrożonych standardów postępowania klinicznego, • Liczba utworzonych oddziałów lub liczba osób objętych leczeniem w stosunku do 2016 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 całym regionie.	**178**

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO na lata 2019 -2021

Lp	Priorytet	Cel	Horyzont - Czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie	Punkty
		3. Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych i jakości opieki w zakresie chirurgii dziecięcej wad wrodzonych narządu ruchu. 4. Zwiększenie zakresu usług zabiegowych.	Do 2021 r.	• Utworzenie ośrodka chirurgii dziecięcej wad wrodzonych narządu ruchu.	• Stopień satysfakcji pacjentów. • Liczba wniesionych skarg przez pacjentów i ich rodziny, • Liczba pacjentów oczekujących na świadczenie zdrowotne w stosunku do 2016 r. • Wskaźnik obłożenia łóżek., • Czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne.	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.	
10	**Zwiększenie skuteczności promocji zdrowia i profilaktyki schorzeń cywilizacyjnych**	1. Zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń cywilizacyjnych: chorób naczyniowo – sercowych, cukrzycy, otyłości, chorób układu oddechowego, chorób ortopedyczno – urazowych, reumatycznych oraz chorób nowotworowych. 2. Propagowanie zdrowego stylu życia. 3. Zmniejszenie poziomu umieralności w grupach największego ryzyka.	Do 2021 r.	• Opracowanie i wdrażanie programów profilaktyki zdrowotnej. • Wykorzystanie infrastruktury lecznictwa uzdrowiskowego jako miejsc utrzymania i regeneracji zdrowia. • Intensyfikacja promocji, edukacji i profilaktyki zdrowotnej. • Zwiększenie finansowania z przeznaczeniem na działania profilaktyczne. • Zwiększenie zakresu i dostępności społeczeństwa do uczestnictwa w programach zdrowotnych. • Wymagana koordynacja wieku obszarów.	• Liczba osób objętych działaniami profilaktycznymi w stosunku do 2016 r. • Liczba wdrożonych programów promocji zdrowia i profilaktyki chorób cywilizacyjnych. • Liczba osób objętych działaniami profilaktycznymi w stosunku do 2016 r. • Liczba wdrożonych programów promocji zdrowia i profilaktyki chorób cywilizacyjnych.	Ważnym kierunkiem działania medycyny uzdrowiskowej jest także rehabilitacja uzdrowiskowa, którą cechuje swoistość i odróżnia ją od rehabilitacji prowadzonej w innych zakładach leczniczych – rehabilitacja uzdrowiskowa łącznie z tradycyjnymi formami fizjoterapii wykorzystuje naturalne metody lecznicze jakimi dysponuje dane uzdrowisko i niejednokrotnie jako jedyna umożliwia skuteczną profilaktykę i rehabilitację dużej grupy schorzeń cywilizacyjnych, w tym schorzeń naczyniowych i metabolicznych. Większość chorób przewlekłych, które są najczęstszą przyczyną zgonów, można korzystnie leczyć w uzdrowisku, ponieważ stosowane metody lecznicze z zakresu balneologii i medycyny fizykalnej nie wywołują istotnych skutków ubocznych i są stosunkowo tanie.	**177**

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO na lata 2019 -2021

Lp	Priorytet	Cel	Horyzont - Czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie	Punkty
11	**Angiologia i Chirurgia naczyniowa**	1. Poprawa dostępności do kompleksowej, skoordynowanej opieki angiologicznej i chirurgii naczyniowej.	Do 2021 r.	• Utworzenie regionalnego ośrodka angiologicznego Centrum Chorób Naczyń i Transplantacji udzielającego kompleksowych świadczeń diagnostycznych-leczniczych. • Utworzenie Konsorcjum placówek udzielających kompleksowych świadczeń w zakresie chorób naczyń. • Utworzenie sieci poradni dla pacjentów z ranami przewlekłymi oraz leczenia obrzęku limfatycznego. • Równomierna alokacja poradni angiologicznych i chirurgii naczyniowej w województwie. • Doposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną w oddziałach i poradniach angiologicznych. • Zapewnienie kompleksowej opieki nad pacjentem, koordynowanej (POZ) w warunkach ambulatoryjnych obejmującej opiekę angiologiczną. • Rozwój współpracy z pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej zapewniającą kontynuację zabiegów w warunkach domowych. • Zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych w dziedzinie angiologii i chirurgii naczyniowej.	• Czas oczekiwania na świadczenia w stosunku do 2016 r. • Liczba udzielonych porad w stosunku do 2016 r. • Liczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów hospitalizowanych w 2016 r. • Stopień satysfakcji pacjentów. • Liczba skarg wniesionych przez pacjentów lub ich rodziny. • Ilość wykonanych amputacji • Ilość udarów mózgu • Ilość pękniętych tętniaków	Z uwagi na niedostateczną liczbę poradni angiologicznych i brak kompleksowej opieki nad pacjentem zasadne jest tworzenie nowych konsorcjów i sieci ośrodków. Biorąc pod uwagę wysokospecjalistyczne świadczenia zdrowotne realizowane przez wyspecjalizowaną kadrę medyczną koncentrowanie takich usług w regionalnym ośrodku angiologicznym Centrum Chorób Naczyń i Transplantacji wykonywanie kompleksowo świadczenia diagnostyczne i terapeutyczne z zakresu chorób naczyń (specjalistyczne zabiegi wewnątrznaczyniowe i konwencjonalne) oraz transplantacji narządów (przeszczepy nerek i wątroby od dawców zmarłych i dawców żywych) jest konieczne. Pozwoli to zwiększyć wskaźnik zachowanych przed amputacją kończyn, zmniejszyć ilości udarów mózgu, zmniejszyć ilość występowania pęknięcia tętniaków aorty wśród populacji Dolnego Śląska w wieku produkcyjnym.	**176**
12	**Infrastruktura i rozwój nowych technologii**	1. Poprawa infrastruktury podmiotów leczniczych zapewniająca dostępność do świadczeń zdrowotnych najwyższej jakości. 2. Tworzenie innowacyjnych rozwiązań technologicznych i organizacyjnych. 3. Zwiększenie dostępności do wysokiej jakości sprzętu medycznego. 4. Rozwój cyfrowej informacji medycznej i jakości e-usług świadczonych dla pacjentów.	Do 2021 r.	• Budowa lub modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych. • Zakup i/ lub wymiana aparatury lub sprzętu medycznego. • Wdrażanie innowacyjnych technik i technologii. • Zwiększenie liczby świadczeń zdrowotnych przy użyciu nowoczesnych technik terapeutycznych.	• Stopień zaawansowania budowy lub ilość przeprowadzonych modernizacji od 2016r. • Liczba wymienionego lub zakupionego sprzętu lub aparatury medycznej od 2016r. • Liczba pacjentów objętych nowoczesnymi technikami terapeutycznymi w stosunku do 2016 r. • Czas oczekiwania na realizację świadczenia w stosunku do 2016 r.	Istniejące podmioty lecznicze funkcjonują w przestarzałej infrastrukturze technicznej. Do realizacji świadczeń zdrowotnych wykorzystują sprzęt i aparaturę medyczną wymagającą wymiany z uwagi na stopień amortyzacji. Konieczność gromadzenia i analizowania danych dotyczących m.in. informacji o stanie infrastruktury medycznej, rejestrach medycznych dedykowanych określonym jednostkom chorobowym oraz identyfikację tzw. „białych plam" występujących w poszczególnych regionach i subregionach województwa.	**174**

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO na lata 2019 -2021

Lp	Priorytet	Cel	Horyzont - Czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie	Punkty
13	Kardiologia	1. Poprawa jakości świadczonych usług zdrowotnych w zakresie kardiologii, w szczególności zapewnienie możliwości kompleksowego leczenia kardiologicznego w specjalistycznych ośrodkach oferujących dostęp do wszystkich technik diagnostycznych i terapii. 2. Podniesienie jakości świadczonych usług zdrowotnych w zakresie kardiologii dziecięcej, w szczególności zapewnienie pacjentom do 18 roku życia dostępności do inwazyjnych procedur diagnostycznych i terapeutycznych. 3. Poprawa dostępności do kompleksowej i koordynowanej opieki kardiologicznej, szczególnie dla chorych po przebytych zawałach i chorych z niewydolnością serca. 4. Zwiększenie skuteczności prewencji chorób układu krążenia.	Do 2021 r.	• Opracowanie Regionalnego Programu Leczenia Chorób Serca uwzględniającego podmioty lecznicze dysponujące oddziałami kardiologicznymi. • W ramach ww. Programu stworzenie systemu koordynacji pomiędzy specjalistami kardiologami a lekarzami rodzinnymi (lekarzami POZ). • Wyposażenie referencyjnego ośrodka kardiologii dziecięcej w wyspecjalizowany sprzęt/aparaturę medyczną (angiograf dedykowany dla dzieci). • Poprawa zasad finansowania wybranych procedur wysokospecjalistycznych w kardiologii i kardiochirurgii. • Skrócenie czasu oczekiwania na realizacje świadczeń kardiologicznych i kardiochirurgicznych. • Upowszechnianie ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej.	• Liczba udzielonych świadczeń w stosunku do 2016 r. i 2017 r. • Czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne w stosunku do 2016 r. i 2017 r. • Dostęp do wysokospecjalistycznych procedur dotychczas niemożliwych do wykonania. • Liczba pacjentów realizujących kompleksową koordynowaną opiekę po zawale serca i z niewydolnością serca.	W województwie dolnośląskim obserwuje się znacznie wydłużony czas oczekiwania na realizację świadczeń z zakresu ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej. Powoduje to konieczność korzystania przez pacjentów ze świadczeń komercyjnych oraz narastanie niepełnosprawności i wykluczenia społecznego. Choroby układu krążenia stanowią wciąż pierwszą przyczynę zgonów mieszkańców województwa dolnośląskiego. Należy zapewnić pacjentom dostęp do optymalnych terapii chorób układu krążenia. Bezwzględnie wskazana jest racjonalizacja wydatkowania środków finansowych z przeznaczeniem na nowoczesną farmakoterapię oraz leczenie interwencyjne. Rosnące zapotrzebowanie na wykonywanie inwazyjnych procedur diagnostycznych i terapeutycznych, z jednoczesnym zmniejszeniem dostępności tych procedur w ośrodkach referencyjnych poza województwem dolnośląskim; szczególnie u pacjentów po wieloetapowych zabiegach korekcyjnych i paliatywnych wrodzonych złożonych wad serca.	172
14	Diabetologia	1. Poprawa dostępności do kompleksowej, skoordynowanej opieki diabetologicznej w tym dla dzieci. 2.Równomierna alokacja poradni diabetologicznych.	Do 2020 r.	• Utworzenie 2-3 nowych oddziałów diabetologicznych w województwie oraz wzmocnienie części oddziałów diabetologicznych w zakresie angio-diabetologii. • Utworzenie poradni diabetologicznych dla dzieci. • Zapewnienie kompleksowej opieki nad pacjentem, koordynowanej (POZ) w warunkach ambulatoryjnych obejmującej opiekę diabetologiczną. • Urealnienie wyceny przez płatnika świadczeń usług realizowanych w zakresie diabetologii. • Edukacja prozdrowotna i profilaktyka.	• Czas oczekiwania na świadczenia w stosunku do 2016 r. • Liczba udzielonych porad w stosunku do 2016r. • Liczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów hospitalizowanych w 2016 r. • Stopień satysfakcji pacjentów. • Liczba skarg wniesionych przez pacjentów lub ich rodziny.	W województwie dolnośląskim występuje jeden z najwyższych wskaźników umieralności z powodu cukrzycy i powikłań. Wynika to z wysokiej zapadalności na cukrzycę, ograniczonej dostępności do specjalistycznych poradni oraz zbyt długiego czasu oczekiwania na leczenie szpitalne. Nie bez znaczenia pozostaje wysoki odsetek hospitalizacji z powodu ostrych powikłań cukrzycowych.	166

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO na lata 2019 -2021

Lp	Priorytet	Cel	Horyzont - Czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie	Punkty
15	**Psychiatria**	1. Modernizacja szpitali psychiatrycznych i ich przekształcanie w wyspecjalizowane jednostki oraz alokacja łóżek psychiatrycznych do szpitali ogólnych 2.Zapewnienie wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki psychiatrycznej, w tym dla dzieci i młodzieży. 3. Zwiększenie oferty opieki środowiskowej psychiatrycznej oraz poprawa dostępności dla dzieci i młodzieży. 4. Wsparcie opieki psychiatrycznej opieką środowiskową.	Do 2021 r.	• Zwiększenie globalnych nakładów na ten rodzaj opieki zdrowotnej, wyrównanie do stawek przyjętych w pozostałych województwach, • Utworzenie centrum zdrowia psychicznego, dla osób dorosłych, dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi (w tym oddziału psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży), • Zwiększenie liczby poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, • Upowszechnianie opieki psychiatrycznej środowiskowej, • Wdrażanie modeli kompleksowej opieki psychiatrycznej z uwzględnieniem opieki pozaszpitalnej (dezinstytucjonalizacji opieki) • Zwiększenie miejsc specjalizacyjnych w dziedzinie psychiatrii i psychiatrii dzieci i młodzieży, • Zwiększenie liczby specjalistów psychologii klinicznej, terapeutów i pielęgniarek psychiatrycznych oraz poszerzenie ich kompetencji w zakresie opieki środowiskowej, • Utworzenie miejsc stacjonarnych w tzw. Domach Kryzysowych, • Organizacja mobilnych zespołów kryzysowych i zespołów leczenia środowiskowego.	• Stopień satysfakcji pacjentów. • Liczba skarg wniesionych przez pacjentów i ich rodziny, w stosunku do 2016r. • Liczba utworzonych poradni i udzielonych porad w stosunku do 2016 r. • Liczba nowych specjalistów psychiatrów, specjalistów psychologii klinicznej, liczba terapeutów środowiskowych i pielęgniarek psychiatrycznych, w stosunku do 2016r • Wskaźnik samobójstw w stosunku do 2016r.	Dotychczasowy sposób organizacji opieki wymusza konieczność przekierowania strumienia środków finansowych z opieki stacjonarnej do AOS. Konieczność podejmowania działań mających na celu przeciwdziałanie dyskryminacji osób chorych psychicznie i ich rodzin. Konieczność zmniejszania liczby samobójstw i zmniejszenie stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi. Istotny problem dotyka także pacjentów przewlekle chorych psychiatrycznie. Stwierdza się od wielu lat niedostateczną liczbę łóżek psychiatrycznych w ramach ZOL. Większość tych osób wymaga pobytu długoterminowego w ramach zakładów Leczniczo opiekuńczych psychiatrycznych z uwagi również na wielochorobowość. Liczba podmiotów leczniczych świadczących usługi o takim profilu jest zdecydowanie niedostateczna w stosunku do obserwowanego od lat popytu.	**166**
16	**Psychogeriatria**	1. Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych w ramach procedury jednego dnia. 2. Profilaktyka chorób otępiennych. 3. Zapewnienie systemów wsparcia dla rodzin pacjentów z chorobą otępienną.	Do 2021 r.	• Wykorzystanie potencjału sprzętowego i kadrowego w istniejących oddziałach psychogeriatrycznych w dużych kompleksach szpitalnych. • Opracowanie i wdrożenie programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania chorób otępiennych i choroby Alzheimera. • Edukacja w kierunku zachowań sprzyjających obniżaniu ryzyka zachorowalności na choroby otępienne, w tym organizacja szkoleń, wykładów oraz publikacje medialne.	• Liczba udzielonych świadczeń zdrowotnych w ramach procedury jednego dnia stosunku do liczby w 2016 r. • Liczba osób objętych programem badań przesiewowych, • Liczba publikacji, szkoleń, wykładów, etc.	Zwiększenie komfortu fizycznego i psychicznego pacjenta oraz jego bliskich (działania prorodzinne), korzyści finansowe dla podmiotu leczniczego. Istotnym czynnikiem w leczeniu i opiece nad chorymi z zaburzeniami otępiennymi jest wczesne wykrycie przyczyn i stopnia zaawansowania występujących deficytów.	**160**

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO na lata 2019 -2021

Lp	Priorytet	Cel	Horyzont - Czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie	Punkty
17	**Położnictwo i ginekologia**	1. Poprawa dostępności i jakości opieki nad kobietą ciężarną i noworodkiem. 2. Poprawa standardów opieki okołoporodowej. 3. Poprawa dostępności do podmiotów leczniczych zapewniających konsultacje i szybką diagnostykę. 4. Dostosowanie liczby łóżek do przewidywanej populacji.	do 2021 r.	• Wykorzystanie potencjału sprzętowego i kadrowego w istniejących oddziałach ginekologiczno-położniczych h w dużych kompleksach szpitalnych.	• Wskaźnik umieralności okołoporodowej w stosunku do 2016 r. • Stopień satysfakcji pacjentów, • Liczba wniesionych skarg przez pacjentów i ich rodziny, • Liczba pacjentów oczekujących na świadczenie w stosunku do 2016 r., • Czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne w stosunku do 2016r. • Wskaźnik umieralności okołoporodowej w stosunku do 2016 r.	Konieczna jest intensyfikacja dotychczasowej współpracy pomiędzy dedykowaną pacjentce położną środowiskową, a lekarzem prowadzącym ciążę, co w konsekwencji zapewni poprawę jakości standardu opieki nad matką i dzieckiem. Uzasadnione jest usprawnienie dostępności do wizyt lekarskich (szczególnie kobietom zamieszkałym w subregionach gminnych i powiatowych), gwarantujących realizację świadczeń profilaktycznych, działania w zakresie promocji zdrowia, badań diagnostycznych i konsultacji medycznych. Najbardziej pożądane w ramach tych działań jest zwiększenie zakresu programów zdrowotnych skierowanych do kobiet w okresie ciąży i połogu, a także dostosowanie opieki prenatalnej do modelu późnego macierzyństwa.	**160**
18	**Endokrynologia**	1. Poprawa dostępności do diagnostyki i leczenia specjalistycznego. 2. Poprawa współpracy specjalistów z lekarzami rodzinnymi.	Do 2021 r.	• Zapewnienie realizacji świadczeń specjalistycznych w trybie procedury jednego dnia. • Zmiana sposobu finansowania przez płatnika świadczeń usług ambulatoryjnych. • zwiększenie wartości kontraktów (finansowanie po wykorzystaniu limitów). • Zwiększenie globalnych nakładów na realizacje tego typu świadczeń.	• Liczba udzielonych świadczeń w stosunku do 2016 r. • Liczba uruchomionych procedur w stosunku do 2016 r.	Konieczność skrócenia czasu diagnostyki chorych przy jednoczesnym ograniczeniu kosztów związanych z koniecznością kilkudniowej hospitalizacji. Długi czas oczekiwania na świadczenie ambulatoryjne spowodowany jest zbyt niskimi wartościami rocznych kontraktów tzn. możliwością wykonania w ramach kontraktu zbyt małej liczby świadczeń.	**153**

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO na lata 2019 -2021

Lp	Priorytet	Cel	Horyzont - Czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie	Punkty
19	**Choroby zakaźne**	1. Organizacja wojewódzkiego centrum chorób zakaźnych. 2. Reorganizacja oddziałów chorób wewnętrznych w wybranych wieloprofilowych szpitalach – wyodrębnienie 2-3 osobowych sal z oddzielnym wejściem i sanitariatem. 3. Utworzenie sieci telemedycznej umożliwiającej pacjentom udzielanie e-konsultacji. 4. Zwiększenie dostępności do diagnostyki zakażenia HIV.	Do 2021 r.	• Rozbudowa i modernizacja pionu zakaźnego w aglomeracji wrocławskiej o ok. 20 łóżek. • Zwiększenie dostępności do diagnostyki przesiewowej w warunkach poradni lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (np. tzw. rapid testy), poradni specjalistycznych i oddziałów szpitalnych. • Wzmocnienie współpracy z lekarzami AOS, POZ i oddziałów szpitalnych. • Intensyfikacja szkoleń ze szczególnym uwzględnieniem nabycia umiejętności rozpoznawania chorób zakaźnych i zakażeń HIV.	• Czas oczekiwania na świadczenia w stosunku do 2016 r. • Liczba udzielonych porad w stosunku do 2016 r. • Stopień zaawansowania i liczba przeprowadzonych modernizacji w odniesieniu do 2016r.	Z uwagi na znaczne odległości i czasy dotarcia pacjenta do szpitala oraz konieczność podjęcia natychmiastowych interwencji medycznych przy jednoczesnym braku konieczności transportowania wszystkich pacjentów z podstawowymi chorobami zakaźnymi (niekoniecznie wysoce zaraźliwymi celem diagnostyki) do wyspecjalizowanego ośrodka we Wrocławiu, niezbędne wydaje się przeorganizowanie istniejących oddziałów wewnętrznych funkcjonujących w wybranych wieloprofilowych szpitalach. Zmiana polegałaby na utworzeniu kilku osobowych sal chorych dysponujących oddzielnym wejściem i sanitariatem, w których mogłyby być hospitalizowane te osoby. Zasadne jest aby personel sprawujący opiekę nad tymi chorymi został przeszkolony przez specjalistów ze specjalistycznego ośrodka wrocławskiego, który zapewniłby kontakt z Konsultantem/Lekarzem Dyżurnym w nowoutworzonym centrum.	**150**

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO na lata 2019 -2021

Lp	Priorytet	Cel	Horyzont - Czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie	Punkty
20	Reumatologia	1. Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych zapewniających szybką diagnostykę reumatologiczną w ramach lecznictwa ambulatoryjnego. 2. Poprawa dostępności do leczenia w ramach programów lekowych RZS, MIZS, ZZSK, ŁZS, ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (ZZN), spondyloartropatii nieradiologicznej (n rtgSpA).	Do 2021 r.	• Utworzenie 1. lub 2.ośrodków wczesnego wykrywania i leczenia zapalenia stawów. • Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, poprzez przesunięcie finansowania świadczeń z opieki stacjonarnej do AOS. • Zwiększenie nakładów finansowych na świadczenia zdrowotne. • Skrócenie czasu oczekiwania na realizację świadczeń	• Czas oczekiwania na realizację świadczeń zdrowotnych w stosunku do 2016 r. • Liczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów objętych opieką w opiece stacjonarnej w 2016r.	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. Przesunie finansowania z opieki stacjonarnej do AOS spowoduje obniżenie ponoszonych przez budżet państwa kosztów. Koszty diagnostyki chorób reumatologicznych (immunologiczne, obrazowe) są bardzo wysokie i w chwili obecnej zdecydowanie niedoszacowane. Zapewnienie optymalnej dostępności chorym do programów lekowych umożliwiłoby poprawę terapii. Działania te maja istotny wpływ na szybszy powrót do zdrowia oraz aktywności zawodowej , a także redukcję kosztów pośrednich.	144