

Aktualizacja luty 2019- 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	Onkologia	<p>1. Poprawa jakości i dostępności do usług zdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem kompleksowości tych świadczeń.</p> <p>2. Stworzenie optymalnych warunków zapewniających szeroko pojętą koordynację opieki onkologicznej.</p> <p>3. Poprawa efektywności stosowanych terapii onkologicznych.</p> <p>4. Zwiększenie skuteczności działań profilaktycznych i diagnostycznych w zakresie opieki onkologicznej.</p>	Do 2021 r.	<ul style="list-style-type: none"> 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. 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. 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. 	<ul style="list-style-type: none"> Stopień satysfakcji pacjentów, Liczba skarg wniesionych przez pacjentów i ich rodziny, Liczba pacjentów oczekujących na świadczenia zdrowotne Realizacja zaplanowanych prac inwestycyjnych i modernizacyjnych zgodnie z przyjętym harmonogramem, Liczba zrealizowanych świadczeń opieki zdrowotnej, w tym także w ramach kompleksowych terapii (leczenie skojarzone). Liczba zrealizowanych świadczeń z zakresu chemioterapii Liczba zrealizowanych świadczeń z zakresu chirurgii onkologicznej Liczba niepożądanych występujących w jednostkach włączonych do Regionalnego Programu Zdrowotnego , Czas realizacji „ścieżki onkologicznej” uruchomionej w ramach wdrożonego pakietu onkologicznego. Liczba pacjentów dysponujących kartą DILO w ramach pakietu onkologicznego. Liczba świadczeń udzielonych w poradniach onkologicznych Procent realizowanych badań diagnostycznych zgodnych z obowiązującymi standardami. 	<p>Statystycznie choroby nowotworowe 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.</p> <p>Konieczność zapewnienia pacjentom optymalnego dostępu do terapii onkologicznych jest niezbędna. Zasadna jest także poprawa racjonalności wydatkowania środków finansowych przeznaczonych na świadczenia z zakresu farmakoterapii i chirurgii onkologicznej.</p> <p>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 i tych, którzy zakończyli leczenie i podlegają 5-letniej obserwacji. Nadal stwierdza się utrudniony dostęp do optymalnej, zgodnej ze standardami, diagnostyki onkologicznej.</p>	274

Aktualizacja luty 2019- 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	Szkolenie kadr medycznych	<p>1. Zapewnienie optymalnej dostępności i jakości świadczeń opieki zdrowotnej.</p> <p>2. Poprawa kompleksowości realizacji świadczeń zdrowotnych</p>	Do 2021 r.	<p>Kształcenie personelu medycznego oraz kadr w innych zawodach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w szczególności w priorytetowych i deficytowych specjalnościach, tj.: onkologii, geriatry, medycyny ratunkowej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, pediatrii, psychiatrii, psychiatrii dzieci i młodzieży, diabetologii, endokrynologii, gastroenterologii dziecięcej, neurologii, chirurgii dziecięcej, angiologii i chirurgii naczyniowej, neonatologii, farmacji szpitalnej i klinicznej.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Liczba miejsc specjalizacyjnych • Liczba wykształconego personelu medycznego • Liczba specjalistów w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia. • Liczba lekarzy podejmujących specjalizację • Liczba pielęgniarek podejmujących edukację 	<p>Obserwowany lawinowy wzrost liczby wakujących etatów wykwalifikowanej kadry medycznej w zasadzie we wszystkich specjalnościach skutkuje spadkiem dostępności i jakości usług opieki zdrowotnej. Zjawisko to wymaga stworzenia lepszych warunków do zdobywania kwalifikacji w zawodach: lekarz, pielęgniarka, położna, opiekun medyczny, którzy uzupełnili by brakującą kadrę lekarską i pielęgniarską – szczególnie w opiece paliatywnej geriatry. Zwiększenie i poprawa dostępności do kształcenia kadr w deficytowych i priorytetowych obszarach systemu ochrony zdrowia powinno skutkować poprawą jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz poprawić wskaźniki mające wpływ na ocenę tej opieki. Zasadne jest także wzmocnienie obszaru kształcenia specjalizacyjnego farmaceutów szpitalnych i klinicznych, którzy zapewnią optymalny nadzór nad produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w szpitalach, co bezpośrednio przełoży się na zwiększenie nadzoru nad bezpieczeństwem terapeutycznym pacjentów.</p>	265
3	Medycyna ratunkowa	<p>1. Poprawa efektywności i dostępności opieki zdrowotnej w stanach zagrożenia życia.</p> <p>2. Optymalizacja świadczeń udzielanych w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych (SOR).</p>	Do 2021 r.	<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • Czas dotarcia ambulansu do miejsca zdarzenia. • Czas oczekiwania pacjenta na przyjęcie do SOR, • Stopień satysfakcji pacjentów, • Liczba skarg wniesionych przez pacjentów lub ich rodziny. 	<p>W województwie dolnośląskim obserwuje się zbyt długi czas dotarcia ZRM do miejsca zdarzenia oraz wydłużony czas na przyjęcie pacjenta do SOR. Konieczna jest optymalizacja dotychczasowych wyników oraz usprawnienie systemu organizacji udzielanych w SOR świadczeń opieki zdrowotnej. Brak jest w województwie oddziałów ratunkowych dla dzieci w pełnoprofilowych szpitalach pediatrycznych, mających zapewnić optymalną dostępność do opieki koordynowanej. Obserwowanym problemem jest także brak możliwości transportu do szpitali pacjentów z tzw. otyłością olbrzymią, bez angażowania innych służb publicznych (PSP,OSP,Policja).</p>	253

Aktualizacja luty 2019- 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	Psychiatria	<p>1. Modernizacja szpitali psychiatrycznych i ich przekształcanie w wyspecjalizowane jednostki oraz alokacja łóżek psychiatrycznych do szpitali ogólnych</p> <p>2. Zapewnienie wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki psychiatrycznej, w tym dla dzieci i młodzieży.</p> <p>3. Zwiększenie oferty opieki środowiskowej psychiatrycznej oraz poprawa dostępności dla dzieci i młodzieży.</p> <p>4. Wsparcie opieki psychiatrycznej opieką środowiskową.</p>	Do 2021 r.	<ul style="list-style-type: none"> 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. 	<ul style="list-style-type: none"> Stopień satysfakcji pacjentów. Liczba skarg wniesionych przez pacjentów i ich rodziny Liczba utworzonych poradni i udzielonych porad Liczba nowych specjalistów psychiatrów, specjalistów psychologii klinicznej, liczba terapeutów środowiskowych i pielęgniarek psychiatrycznych Wskaźnik samobójstw 	<p>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.</p> <p>Istnieje konieczność zmniejszenia liczby samobójstw i zmniejszenie stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi.</p> <p>Istotny problem dotyczy także pacjentów przewlekłe 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 i psychiatrycznych z uwagi również na wielochorobowość. Liczba podmiotów leczniczych świadczących usługi o takim profilu jest zdecydowanie niedostateczna w stosunku do obserwowanego od lat popytu.</p>	253

Aktualizacja luty 2019- 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
5	Choroby wewnętrzne	<p>1. Poprawa warunków hospitalizacji pacjentów.</p> <p>2. Zwiększenie obsady kadry medycznej.</p> <p>3. Poprawa dostępności i jakości neurologicznej opieki zdrowotnej.</p>	Do 2021 r.	<ul style="list-style-type: none"> • Zwiększenie liczby oddziałów internistycznych w podmiotach leczniczych funkcjonujących w dużych aglomeracjach miejskich i, optymalizacja ich wykorzystania. • Urealnienie wyceny internistycznych procedur medycznych i optymalizacja wydatków finansowych na te świadczenia (finansowanie po wykorzystaniu limitów). • Zwiększenie liczby łóżek w oddziałach neurologicznych. • Utworzenie specjalistycznych pracowni neuroradiologii interwencyjnej. • Poprawa dostępności do badań diagnostycznych w warunkach ambulatoryjnych. 	<ul style="list-style-type: none"> • Liczba utworzonych oddziałów internistycznych • Liczba osób hospitalizowanych • Liczba zatrudnionej kadry medycznej • Liczba łóżek specjalistycznych • Liczba osób hospitalizowanych Liczba kadry medycznej. 	<p>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.</p> <p>Od lat obserwuje się zbyt wydłużony okres oczekiwania na planowaną hospitalizację.</p> <p>U osób w wieku podeszłym częściej diagnozuje się występowanie schorzeń naczyniopochodnych (głównie udary krwotoczne i niedokrwienne) oraz zwyrodnienie mózgu. Zatem konieczne jest zwiększenie dostępności do wczesnego leczenia chorych z udarem i możliwością pilnego zastosowania terapii trombolitycznej lub trombektomii.</p>	247

Aktualizacja luty 2019- 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	<p>1. Poprawa dostępności i jakości świadczeń opieki stacjonarnej .</p> <p>2. Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych w ramach procedury jednego dnia.</p>	Do 2021 r.	<ul style="list-style-type: none"> • 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 gastroenterologia dziecięca. • Utworzenie w Zintegrowanym Centrum Pediatrycznym Pracowni przygotowywania leków pediatrycznych. • Wykorzystanie potencjału sprzętowego i kadrowego w istniejących oddziałach pediatrycznych w dużych kompleksach szpitalnych. 	<ul style="list-style-type: none"> • Liczba utworzonych oddziałów i poradni • Stopień satysfakcji pacjentów, • Liczba wniesionych skarg. • Liczba udzielonych świadczeń zdrowotnych w ramach procedury jednego dnia 	<p>Z mapy potrzeb zdrowotnych wynika, że zasadne jest racjonalizowanie liczby łóżek w oddziałach pediatrycznych. Nie istnieją racjonalne przesłanki do redukcji liczby łóżek pediatrycznych w województwie. Ich wykorzystanie związane jest z sezonowością zachorowań.</p> <p>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. W województwie brak jest oddziału opieki paliatywnej dla dzieci, który zabezpieczałby świadczenia zdrowotne dzieciom niepodlegającym opiece hospicyjnej w regionie.</p> <p>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 zbędne koszty. Realizacja tego postulatu zapewni zwiększenie komfortu fizycznego i psychicznego pacjenta i jego bliskich (działania prorodzinne) oraz przyniesie korzyści finansowe dla podmiotu leczniczego.</p>	242

Aktualizacja luty 2019- 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	Geriatria	<p>1. Dostosowanie usług zdrowotnych do wyzwań demograficznych.</p> <p>2. Rozwój i poprawa dostępności do kompleksowej opieki nad osobami przewlekle chorymi i starszymi oraz wymagającymi opieki paliatywnej i hospicyjnej, w tym w warunkach domowych.</p> <p>3. Rozwój, poprawa dostępności i do wczesnej rehabilitacji osób po udarach i osób starszych.</p> <p>4. Poprawa dostępności do opieki pielęgniarstwa długoterminowej w domu chorego.</p> <p>5. Poprawa dostępności do pozaszpitalnych form opieki geriatrycznej (deinstytucjonalizacja).</p>	Do 2021r.	<ul style="list-style-type: none"> Zwiększenie liczby oddziałów o profilu geriatrycznym , paliatywnym i hospicyjnym, Reorganizacja oddziałów chorób wewnętrznych w regionach, w których występuje niedobór liczby łóżek geriatrycznych. Zwiększenie liczby zakontraktowanych świadczeń w rodzaju opieka paliatywno-hospicyjna zarówno stacjonarna jak i ambulatoryjna (hospicjum domowe). Urealnienie wyceny świadczeń zdrowotnych przez NFZ z zakresu opieki geriatrycznej, paliatywnej i hospicyjnej oraz świadczeń pielęgniarstwa 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. 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). 	<ul style="list-style-type: none"> Liczba utworzonych oddziałów Liczba łóżek i wskaźnik ich obciążenia, wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców. Średni czas oczekiwania seniorów na świadczenie rehabilitacyjne Wskaźnik wykorzystania łóżek rehabilitacyjnych Liczba utworzonych poradni Liczba udzielonych świadczeń zdrowotnych Liczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów objętych opieką stacjonarną w danym roku. Liczba utworzonych Dziennych Domów Opieki Medycznej 	<p>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.</p> <p>Konieczna jest poprawa dostępności i jakości opieki zdrowotnej nad osobami starszymi poprzez równomierną alokację oddziałów w regionie.</p> <p>Zbyt mała liczba łóżek geriatrycznych i paliatywnych powoduje, wydłużanie okresów nieuzasadnionych hospitalizacji pacjentów w ramach oddziałów szpitalnych powoduje dramatyczny brak miejsc internistycznych .</p> <p>Zbyt długie terminy oczekiwania na realizację świadczeń z zakresu rehabilitacji stacjonarnej powodują znaczny spadek sprawności psychofizycznej osób w wieku podeszłym i chorych przewlekle.</p> <p>Stworzenie warunków zapewniających pobyt pacjentom przewlekle chorym i niepełnosprawnym w środowisku wymiennie obniży nakłady finansowe w systemie ochrony zdrowia.</p> <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. Istotne jest także merytoryczne przygotowanie opiekunów medycznych osób starszych do opieki w warunkach środowiskowych.</p>	235

Aktualizacja luty 2019- 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
8	Neonatologia i perinatologia (opieka nad matką i dzieckiem)	<p>1. Poprawa jakości opieki nad noworodkami i niemowlętami</p> <p>2. Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych w obszarze II stopnia referencyjnego oraz w zakresie patologii noworodka.</p> <p>3. Racjonalizacja wykorzystania łóżek szpitalnych.</p> <p>4. Poprawa dostępności do świadczeń szpitalnych z zakresu leczenia chorób rzadkich i uwarunkowanych genetycznie.</p>	Do 2021r.	<ul style="list-style-type: none"> 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. Tworzenie wielospecjalistycznych poradni neonatologicznych, na bazie istniejących poradni w dużych ośrodkach neonatologicznych, z dostępem do wielu dziedzin specjalistycznych. Utworzenie poradni laktacyjnych. Popularyzacja karmienia naturalnego. Przekształcenie 2-3 oddziałów I stopnia referencyjnego w ośrodki o II stopniu referencyjności. Utworzenie oddziałów neonatologicznych II stopnia referencyjnego. Zmniejszenie nadmiernego obciążenia łóżek neonatologicznych w ośrodkach o III stopniu referencyjnym. Utworzenie oddziału o profilu diagnostycznym i leczniczym. Rozwój form wczesnego wykrywania wad rozwojowych. 	<ul style="list-style-type: none"> Liczba utworzonych poradni wielospecjalistycznych Liczba zakupionego sprzętu i aparatury medycznej. Liczba noworodków objętych opieką wielospecjalistyczną Liczba niemowląt karmionych naturalnie przez 6 miesięcy życia Liczba opracowanych i wdrożonych standardów postępowania klinicznego. Liczba oddziałów Liczba udzielonych świadczeń Liczba lekarzy realizujących świadczenia zdrowotne w oddziałach neonatologicznych 	<p>Liczba noworodków wymagających opieki wielospecjalistycznej wzrasta w związku ze zwiększoną przeżywalnością. Poprawa specjalistycznej opieki ambulatoryjnej nad tą populacją wpłynęła korzystnie na ich zdrowotność i poprawę jakość życia.</p> <p>Konieczne jest podniesienie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych i obniżenie wskaźników umieralności poporodowej noworodków, skrócenie czasu hospitalizacji, a także wcześniejsze włączenie żywienia enteralnego.</p> <p>Liczba łóżek neonatologicznych w ośrodkach II stopnia referencyjnego jest obecnie niezadawalająca. W województwie funkcjonują jedynie 2 takie oddziały. Powoduje to nadmierne obciążenie 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.</p> <p>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.</p> <p>Obserwowany jest także wzrost wakujących etatów personelu lekarskiego, co realnie zagraża brakiem ciągłości świadczeń.</p>	234

Aktualizacja luty 2019- 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
9	Kardiologia	<p>1. Poprawa jakości świadczonych usług zdrowotnych, w szczególności zapewnienie możliwości kompleksowego leczenia kardiologicznego w specjalistycznych ośrodkach oferujących dostęp do wszystkich technik diagnostycznych i terapii.</p> <p>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.</p> <p>3. Poprawa dostępności do kompleksowej i koordynowanej opieki kardiologicznej, szczególnie dla chorych po przebytych zawałach i chorych z niewydolnością serca.</p> <p>4. Zwiększenie skuteczności prewencji chorób układu krążenia.</p>	Do 2021 r.	<ul style="list-style-type: none"> 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 realizację świadczeń kardiologicznych i kardiochirurgicznych. Upowszechnianie ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej. 	<ul style="list-style-type: none"> Liczba udzielonych świadczeń Czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne Dostęp do wysokospecjalistycznych procedur dotychczas niemożliwych do wykonania. Liczba pacjentów realizujących kompleksową koordynowaną opiekę po zawałe serca i z niewydolnością serca. 	<p>Choroby układu krążenia stanowią wciąż pierwszą przyczynę zgonów mieszkańców województwa dolnośląskiego.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	230

Aktualizacja luty 2019- 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
10	Rehabilitacja	<p>1. Zwiększenie dostępności do wczesnej, kompleksowej i nowoczesnej rehabilitacji.</p> <p>2. Rozwój wczesnej rehabilitacji onkologicznej realizowanej przez ośrodki onkologiczne.</p>	Do 2021 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 w warunkach ambulatoryjnych pacjenta po zakończonej hospitalizacji. • Odtworzenie liczby zredukowanych 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”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Średni czas oczekiwania na rehabilitacyjne świadczenia stacjonarne dla przypadków „pilnych” (nie powinien przekraczać 2 miesięcy) • Średni czas hospitalizacji w jednostkach chorobowych kwalifikujących się do wczesnej rehabilitacji • Średni czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacyjne ambulatoryjne (dla przypadków „pilnych” i „stabilnych”). • Wskaźnik obłożenia łóżek rehabilitacyjnych • Liczba udzielonych świadczeń ambulatoryjnych 	<p>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 niedostateczną liczbę specjalistycznych ośrodków i limitowanie tych świadczeń.</p>	224

Aktualizacja luty 2019- 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	Poprawa dostępności do kompleksowej, skoordynowanej opieki angiologicznej i chirurgii naczyniowej.	Do 2021 r.	<ul style="list-style-type: none"> • Utworzenie regionalnego ośrodka angiologicznego centrum chorób naczyń 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. • Zapewnienie kompleksowej opieki nad pacjentem, skoordynowanej (POZ) w warunkach ambulatoryjnych • Rozwój współpracy z pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej zapewniającą kontynuację zabiegów w warunkach domowych. 	<ul style="list-style-type: none"> • Czas oczekiwania na świadczenia • Liczba udzielonych porad • Liczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów hospitalizowanych • Stopień satysfakcji pacjentów. • Liczba skarg wniesionych przez pacjentów lub ich rodziny. • liczba wykonanych amputacji • liczba udarów mózgu • liczba pękniętych tętniaków 	Z uwagi na niedostateczną liczbę poradni angiologicznych i brak kompleksowej opieki nad pacjentem zasadne jest tworzenie 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 jest zasadne. Pozwoli to zwiększyć wskaźniki zachowanych przed amputacją kończyn, zmniejszyć liczbę udarów mózgu i występowania pęknięcia tętniaków aorty wśród populacji Dolnego Śląska w wieku produkcyjnym.	224
12	Diabetologia	<p>1. Poprawa dostępności do kompleksowej, skoordynowanej opieki diabetologicznej w tym dla dzieci.</p> <p>2. Równomierna alokacja poradni diabetologicznych.</p>	Do 2020 r.	<ul style="list-style-type: none"> • 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, skoordynowanej (POZ) w warunkach ambulatoryjnych obejmującej opiekę diabetologiczną. • Urealnienie przez NFZ wyceny usług realizowanych w zakresie diabetologii. • Edukacja prozdrowotna i profilaktyka 	<ul style="list-style-type: none"> • Czas oczekiwania na świadczenia • Liczba udzielonych porad • Liczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów hospitalizowanych. • 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.	224

Aktualizacja luty 2019- 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	Ortopedia i chirurgia dziecięca	<p>1. Poprawa dostępności do wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych z zakresu ortopedii i chirurgii dziecięcej oraz urazów wielonarządowych .</p> <p>2. Zmniejszenie wskaźnika śmiertelności pourazowej u dzieci.</p> <p>3. Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych i jakości opieki w zakresie chirurgii dziecięcej wad wrodzonych narządu ruchu.</p> <p>4. Zwiększenie zakresu usług zabiegowych.</p>	Do 2021 r.	<ul style="list-style-type: none"> • Utworzenie oddziałów ortopedii i chirurgii dziecięcej. • Utworzenie ośrodka chirurgii dziecięcej wad wrodzonych narządu ruchu. 	<ul style="list-style-type: none"> • Liczba opracowanych i wdrożonych standardów postępowania klinicznego, • Liczba utworzonych oddziałów lub liczba osób objętych leczeniem • Stopień satysfakcji pacjentów. • Liczba wniesionych skarg przez pacjentów i ich rodziny, • Liczba pacjentów oczekujących na świadczenie zdrowotne • Wskaźnik obłożenia łóżek • Czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne. 	<p>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. Istniejące w Polsce ośrodki nie są w stanie zaspokoić potrzeb zdrowotnych małych pacjentów. Zapewnienie finansowania świadczeń zdrowotnych przez NFZ, wzmocni kompleksową opiekę nad pacjentem.</p>	220
14	Infrastruktura i rozwój nowych technologii	<p>1. Poprawa infrastruktury podmiotów leczniczych zapewniająca dostępność do świadczeń zdrowotnych najwyższej jakości.</p> <p>2. Tworzenie innowacyjnych rozwiązań technologicznych i organizacyjnych.</p> <p>3. Zwiększenie dostępności do wysokiej jakości sprzętu medycznego.</p> <p>4. Rozwój cyfrowej informacji medycznej i jakości e-usług świadczonych dla pacjentów.</p>	Do 2021 r.	<ul style="list-style-type: none"> • Budowa lub modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych. • Zakup i/ lub wymiana aparatury / sprzętu medycznego. • Wdrażanie innowacyjnych technik i technologii. • Zwiększenie liczby świadczeń zdrowotnych przy użyciu nowoczesnych technik terapeutycznych. 	<ul style="list-style-type: none"> • Stopień zaawansowania budowy infrastruktury podmiotów leczniczych lub liczba przeprowadzonych modernizacji tej infrastruktury • Liczba wymienionego lub zakupionego sprzętu/ aparatury medycznej • Liczba pacjentów objętych nowoczesnymi technikami terapeutycznymi • Czas oczekiwania na realizację świadczenia zdrowotnego 	<p>Istniejące podmioty lecznicze funkcjonują w przestarzałej infrastrukturze technicznej. Do realizacji świadczeń zdrowotnych wykorzystują sprzęt i aparaturę medyczną wymagających wymiany z uwagi na stopień amortyzacji. Rozwój cywilizacji wymusza 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.</p>	215

Aktualizacja luty 2019- 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	Zwiększenie skuteczności promocji zdrowia i profilaktyki schorzeń cywilizacyjnych	<p>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.</p> <p>2. Propagowanie zdrowego stylu życia.</p> <p>3. Zmniejszenie poziomu umieralności w grupach największego ryzyka.</p>	Do 2021 r.	<ul style="list-style-type: none"> Opracowanie i wdrażanie programów profilaktyki zdrowotnej. Wykorzystanie infrastruktury leczenia uzdrowiskowego jako miejsc utrzymania i regeneracji zdrowia. Intensyfikacja promocji, edukacji i profilaktyki zdrowotnej. Zwiększenie finansowania z przeznaczeniem na działania profilaktyczne. Zwiększenie zakresu i dostępności do uczestnictwa w programach zdrowotnych. Koordynacja wieku obszarów. 	<ul style="list-style-type: none"> Liczba osób objętych działaniami profilaktycznymi Liczba wdrożonych programów promocji zdrowia i profilaktyki chorób cywilizacyjnych. 	<p>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.</p> <p>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.</p>	212
16	Położnictwo i ginekologia	<p>1. Poprawa dostępności i jakości opieki nad kobietą ciężarną i noworodkiem.</p> <p>2. Poprawa standardów opieki okołoporodowej.</p> <p>3. Poprawa dostępności do podmiotów leczniczych zapewniających konsultacje i szybką diagnostykę.</p> <p>4. Dostosowanie liczby łóżek do przewidywanej populacji.</p>	Do 2021 r.	Wykorzystanie potencjału sprzętowego i kadrowego w istniejących oddziałach ginekologiczno-położniczych w dużych kompleksach szpitalnych.	<ul style="list-style-type: none"> Wskaźnik umieralności okołoporodowej Stopień satysfakcji pacjentów, Liczba wniesionych skarg przez pacjentów i ich rodziny, Liczba pacjentów oczekujących na świadczenie Czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne 	<p>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.</p> <p>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 porodu, a także dostosowanie opieki prenatalnej do modelu późnego macierzyństwa.</p>	210

Aktualizacja luty 2019- 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	Psychogeriatrya	<p>1. Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych w ramach procedury jednego dnia.</p> <p>2. Profilaktyka chorób otępiennych.</p> <p>3. Zapewnienie systemów wsparcia dla rodzin pacjentów z chorobą otępienną.</p>	Do 2021 r.	<ul style="list-style-type: none"> 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. 	<ul style="list-style-type: none"> Liczba udzielonych świadczeń zdrowotnych w ramach procedury jednego dnia Liczba osób objętych programem badań przesiewowych. Liczba publikacji, szkoleń, wykładów, etc. 	<p>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.</p>	205
18	Choroby zakaźne	<p>1. Organizacja wojewódzkiego centrum chorób zakaźnych.</p> <p>2. Reorganizacja oddziałów chorób wewnętrznych w wybranych wieloprofilowych szpitalach</p> <p>3. Utworzenie sieci telemedycznej umożliwiającej pacjentom udzielanie e-konsultacji.</p> <p>4. Zwiększenie dostępności do diagnostyki zakażenia HIV.</p>	Do 2021 r.	<ul style="list-style-type: none"> Reorganizacja oddziałów chorób wewnętrznych w wybranych wieloprofilowych szpitalach – wyodrębnienie 2-3 osobowych sal z oddzielnym wejściem i sanitariatem 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. 	<ul style="list-style-type: none"> Czas oczekiwania na świadczenia Liczba udzielonych porad Stopień zaawansowania i liczba przeprowadzonych modernizacji 	<p>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 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.</p>	205

Aktualizacja luty 2019- 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	Endokrynologia	<p>1. Poprawa dostępności do diagnostyki i leczenia specjalistycznego.</p> <p>2. Poprawa współpracy lekarzy specjalistów z lekarzami rodzinnymi (POZ)</p>	Do 2021 r.	<ul style="list-style-type: none"> Zapewnienie realizacji świadczeń specjalistycznych w trybie procedury jednego dnia. Zmiana sposobu finansowania przez płatnika świadczeń usług ambulatoryjnych. Zwiększenie wartości kontraktów (finansowanie po wykorzystaniu limitów). 	<ul style="list-style-type: none"> Liczba udzielonych świadczeń Liczba uruchomionych procedur Liczba wniesionych skarg przez pacjentów i ich rodziny, Liczba pacjentów oczekujących na świadczenie Czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne 	<p>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.</p>	204
20	Reumatologia	<p>1. Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych zapewniających szybką diagnostykę reumatologiczną w ramach leczenia ambulatoryjnego.</p> <p>2. Poprawa dostępności do leczenia w ramach programów lekowych RZS, MIZS, ZZSK, ŁZS, ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (ZZN), spondyloartropatii nieradiologicznej (n rtgSpA).</p>	Do 2021 r.	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> Czas oczekiwania na realizację świadczeń zdrowotnych Liczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów objętych opieką w opiece stacjonarnej 	<p>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.</p> <p>Przereorganizuje także finansowanie z opieki stacjonarnej do AOS oraz obniży ponoszone przez budżet państwa nakłady finansowe.</p> <p>Koszty diagnostyki chorób reumatologicznych (immunologiczne, obrazowe) są bardzo wysokie i w chwili obecnej zdecydowanie niedoszacowane.</p> <p>Zapewnienie optymalnej dostępności chorym do programów lekowych umożliwiłoby poprawę terapii. Działania te mają istotny wpływ na szybszy powrót do zdrowia oraz aktywności zawodowej, a także redukcję kosztów pośrednich.</p>	195

Aktualizacja luty 2019- 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
21	Urologia	1. Zwiększenie dostępności do specjalisty urologa 2. Wzmocnienie kadrowe oddziałów urologicznych w sposób zapewniający całodobową dostępność (dyżury całodobowe)	Do 2021r.	<ul style="list-style-type: none"> Zwiększenie nakładów finansowych na świadczenia zdrowotne. Skrócenie czasu oczekiwania na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach ambulatoryjnych i stacjonarnych do 1 miesiąca. Zwiększenie liczby specjalistów urologów 	<ul style="list-style-type: none"> Czas oczekiwania na realizację świadczeń zdrowotnych Liczba pacjentów objętych opieką urologiczną w AOS i stacjonarnej opiece zdrowotnej Liczba udzielonych porad Liczba udzielonych hospitalizacji Liczba wniesionych skarg przez pacjentów i ich rodziny, Liczba nowych specjalistów urologów 	Liczba lekarzy specjalistów urologów jest zdecydowanie niewystarczająca w stosunku do obserwowanych potrzeb zdrowotnych. Konieczne jest zwiększenie atrakcyjności pracy w tym obszarze, by zwiększyć zatrudnienie młodej kadry lekarskiej w całym regionie. Istniejące w województwie poradnie/ szpitale nie zabezpieczają w optymalny sposób wszystkich potrzeb. Zbyt wydłużony czas oczekiwania na poradę lub hospitalizację wymaga zdecydowanych działań usprawniających, skracając czas do 1 miesiąca.	186